DE

L'HÉMATOCÈLE

PÉRI-UTÉRINE



AUTRES TRAVAUX DU MÊME AUTEUR :

De l'ostéite au point de vue de l'accroissement des os (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* octobre, novembre et décembre 1872).

De la décortication du nez dans le cas d'éléphantiasis de cet organe (*Gazette hebdomadaire,* septembre 1873).

Des larges débridements périostiques dans les ostéo-périostites douloureuses non suppurées (*Gazette des hôpitaux,* octobre 1873).

Des déformations produites par l'arrêt d'accroissement d'un des os de l'avant-bras et des causes de cet arrêt de développement (*Lyon médical,* décembre 1872).

Faits cliniques et expérimentaux sur la gangrène des extrémités produite par l'application de l'acide phénique (*Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale,* 1872).

Des greffes dermo-épidermiques et en particulier des larges lambeaux dermo-épidermiques (*Lyon médical,* octobre, novembre 1871).

Observation de méningite syphilitique (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie,* 1873).

Observations de suppuration musculaire (*Gazette des hôpitaux,* mai 1873).

Note sur le siége précis des ruptures de l'urèthre et sur leur mécanisme (*Lyon médical,* décembre 1871).

Abaissement du nez au moyen de l'ostéotomie comme opération préliminaire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens (*Gazette des hôpitaux,* juillet 1872).

Observation d'hémophilie (*Lyon médical,* décembre 1871).

Mall de Pott avec albuminurie (*Lyon médical,* avril 1871).

Nouvelles observations de résections sous-périostées du coude, démontrant la régénération des extrémités osseuses, la reconstitution d'une articulation solide et l'activité de l'extension par les contractions du triceps (*Gazette des hôpitaux,* novembre 1873).

De l'occlusion inamovible comme moyen préservatif des complications nosocomiales : érysipèle, pyohémie, pourriture d'hopital (*Lyon médical,* juillet 1872).

Kystes tendineux du poignet et de la main, incision ou extirpation de ces kystes, pansement par l'occlusion inamovible, guérison rapide sans aucun accident inflammatoire (*Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale,* 1872).

Note sur la syphilis osseuse (*Progrès médical,* 1874).

De la périostite albumineuse (*Gazette hebdomadaire,* 1874).

De l'ictère hémotique traumatique (*Thèse,* Paris, 1874).

De l'influence de la castration sur le développement du squelette (*Association française,* 1877).

DE

L'HÉMATOCÈLE

PÉRI-UTÉRINE

THÈSE

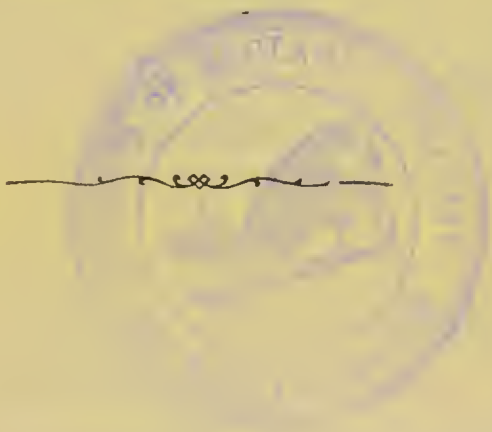
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE AU CONCOURS DE L'AGRÉGATION

(SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS)

PAR

LE Dr A. PONCET (DE LYON)

Ex-chef de clinique chirurgicale à l'École de Lyon,
Lauréat de la Faculté de Paris, etc.



PARIS

LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

AU COIN DE LA RUE HAUTEFEUILLE

—

1878

JUGES DU CONCOURS

MM. Gosselin, *président*.
Pajot.
Broca.
Le Fort.
Guyon.
Courty (Montpellier).
Desgranges (Lyon).
Alph. Guérin, *membre de l'Académie de médecine*.
Lannelongue, *secrétaire*.

CANDIDATS

CHIRURGIE

MM. Bouilly.
Chalot.
Heydenreich.
Humbert.
Peyrot.
Piel.
Poncet.
Reclus.
Richelot.
Terrillon.
Vincent.

ACCOUCHEMENTS

Budin.
Herrgott.
Martel.
Pinard.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

DEUXIÈME PARTIE

PARIS. — Impr. J. CLAYE. — A. QUANTIN et Cᵉ, rue Saint-Benoît.

DE

L'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

AVANT-PROPOS

Il importe, dès le début, de circonscrire notre sujet et d'indiquer nettement ce qu'il faut entendre sous le nom d'*Hématocèle péri-utérine*.

Le titre de notre thèse paraît de prime abord assez clair, et, si l'on s'en tient à l'étymologie du mot lui-même (αἷμα, sang, κήλη, tumeur), il semble que nous ayons à tracer l'histoire des épanchements de sang, des tumeurs hématiques qui peuvent siéger au pourtour de l'utérus, dans les divers points de l'excavation pelvienne.

Cette façon de comprendre l'hématocèle pourrait, à la rigueur, se justifier, mais elle aurait le grave inconvénient de ne pas tenir compte de tout un ensemble symptomatologique et clinique particulier que le chirurgien et le gynécologiste ont toujours présent à l'esprit, lorsqu'il est question de l'hématocèle péri-utérine.

Dans le petit bassin, comme dans toute autre région, des ruptures vasculaires peuvent se produire et donner naissance à des épanchements de sang plus ou moins abondants. Les causes peuvent être identiques : altération des parois vasculaires, troubles circulatoires, traumatisme, etc. ; il n'en est pas moins vrai cependant que les fonctions physiologiques de l'appareil génital

interne de la femme, que la disposition anatomique de la région, des tissus qui la constituent, donnent à l'hémorrhagie survenant aux dépens de ses organes quelque chose de spécial, et à l'épanchement sanguin une physionomie distincte dans ses signes, dans sa marche et les accidents qui l'accompagnent.

L'hématocèle péri-utérine est une variété d'épanchement sanguin du petit bassin ; on ne saurait, sous cette dénomination, les englober tous, et nous n'avons certainement pas à nous occuper des hémorrhagies traumatiques de l'excavation pelvienne, à la suite de plaies par armes à feu, par exemple. Nous laisserons également de côté les hémorrhagies intra-pelviennes qui peuvent survenir pendant la grossesse, pendant l'accouchement; elles se comportent, en effet, d'une façon spéciale, eu égard à l'état du sujet, et ne sauraient rentrer dans ce que l'on entend nosologiquement sous le nom d'hématocèle péri-utérine. Dans une première phase de son développement, au point de vue étiologique, l'hématocèle ne se distingue pas des autres épanchements sanguins, si ce n'est toutefois par les orgaes qui lui donnent naissance et son mode d'apparition si souvent relié à la menstruation ; mais un peu plus tard, dans beaucoup de cas, aux signes d'hémorrhagie interne en succèdent d'autres qui créent l'hématocèle péri-utérine et en font une maladie déterminée présentant un type clinique bien défini. Avec Aran, Gallard, nous entendons spécialement sous le nom d'hématocèle des épanchements sanguins, produits d'hémorrhagies dont le point de départ est dans le système utérin, alors que ces hémorrhagies sont susceptibles de formre tumeur dans la cavité pelvienne.

La distinction des hématocèles en spontanées et traumatiques a sa raison d'être, mais il est bien difficile, étant donnée une tumeur sanguine du petit bassin, de reconnaître à quelle classe elle appartient ; et, dans notre description, nous aurons presque exclusivement en vue les hématocèles péri-utérines spontanées.

Nous passons rapidement en revue leur histoire qui date de ces dernières années. Beaucoup de travaux, d'observations ont été publiés sur ce sujet; on a surtout discuté et on discute encore sur le siége, le mécanisme de l'hémorrhagie, aussi trouvera-t-on dans le chapitre *Exposé des théories*, des renseignements historiques complémentaires.

Notre thèse comprend deux parties distinctes. Dans une première partie, nous nous occupons de l'hématocèle intra-péritonéale ou hématocèle vraie; la deuxième partie a trait à l'hématocèle extra-péritonéale ou pseudo-hématocèle d'Huguier.

Avant d'entrer dans l'exposé des diverses théories, nous avons cru utile de consacrer quelques pages (chapitre Ier) à l'anatomie normale de l'excavation pelvienne, contenant et contenu, en tant que ce qui a trait à notre sujet.

Le deuxième chapitre porte sur l'anatomie pathologique de l'hématocèle; nous y exposons le résultat de nos recherches expérimentales, entreprises dans le but de savoir comment le sang épanché était toléré par la séreuse péritonéale, quelles modifications il subissait, etc.

La symptomatologie, le diagnostic différentiel, le pronostic et le traitement sont également l'objet d'un chapitre à part. On trouvera à la fin de notre travail un tableau d'ensemble de toutes les observations parues dans ces dernières années soit en France, soit à l'étranger. Dans ce tableau, nous donnons un assez grand nombre d'observations inédites; nous n'avons réuni ainsi que les faits publiés depuis 1860 [1], époque à laquelle parut la thèse de A. Voisin où se trouvent colligés sous une forme analogue, ainsi que dans sa thèse inaugurale (1858), la plupart des cas d'hématocèle péri-utérine alors connus [2].

1. A. Voisin, *De l'hématocèle rétro-utérine*, Paris, 1860.

2. La figure 1, placée à la suite des observations, est la reproduction exacte d'une pièce pathologique appartenant à M. le professeur Le Fort, qu'il a bien voulu nous confier, en nous autorisant à la faire dessiner; c'est un cas type d'hématocèle rétro-utérine, et en raison de la fréquence relative

La marche que nous avons suivie est aussi classique que possible, elle nous a paru la plus naturelle. Connaissant par l'anatomie et la physiologie les organes qui jouent un rôle dans la production de l'hématocèle, nous abordons l'étude de son mécanisme, de son siége, les altérations que subit le sang épanché, les lésions de voisinage qu'il détermine par sa présence; puis nous recherchons si l'expérimentation ne donne pas la clef de certains phénomènes difficilement explicables, par quels signes l'hématocèle se traduit pendant la vie, enfin de quels moyens thérapeutiques la chirurgie dispose en présence d'une affection parfois aussi grave.

DÉFINITION.

On donne le nom d'hématocèle péri-utérine à un épanchement sanguin enkysté dans l'excavation pelvienne, siégeant au pourtour de l'utérus, soit en dedans, soit en dehors de la cavité péritonéale.

Les premiers auteurs qui se sont occupés de cette affection ne donnent pas à l'expression d'hématocèle péri-utérine un sens aussi large, et, quoique dès le début on ait fait avec soin la distinction du siége primitif de la tumeur hématique, suivant que le sang avait été versé en dedans ou en dehors de la cavité péritonéale, on n'en a pas moins décrit presque exclusivement

de l'épanchement sanguin dans le cul-de-sac de Douglas, nous sommes heureux d'en donner un exemple remarquable.

La figure 2 est un exemple d'une forme beaucoup plus rare : il s'agit d'une hématocèle anté-utérine alors que la cavité utéro-rectale fermée par des adhérences ne pouvait servir de réservoir au sang épanché. — Elle est empruntée aux *Archiv für Gynækologie, 1873*, à un mémoire de Karl Schröder (*Ueber die Bildung der Hæmatocele retro-uterina und ante-uterina*).

l'hématocèle intra-péritonéale, et surtout la forme rétro-utérine.

Cela s'explique : l'une, en effet, admise par tout le monde en raison de sa fréquence relative, a été l'objet de nombreux travaux; l'autre, au contraire, beaucoup plus rare, est loin encore d'être acceptée; quelques observations tendent cependant à la faire admettre, et nous la décrirons dans la deuxième partie de notre thèse.

Dénommée autrefois par Nélaton et Viguès, hématocèle rétro-utérine, en raison de sa fréquence dans le cul-de-sac utéro-rectal, l'épanchement sanguin intra-pelvien a été encore appelé hématocèle pelvienne, *circum-utérine, péri-utérine*. Cette dernière désignation, employée pour la première fois par M. Gallard[1], a l'avantage de comprendre toutes les variétés de siége de la collection sanguine; ne savons-nous pas que la tumeur située le plus habituellement en arrière de l'utérus occupe parfois les parties latérales, et que, dans quelques cas, le sang remplissait l'espace anté-utérin ?

HISTORIQUE.

L'histoire de l'hématocèle péri-utérine ne remonte guère au delà d'une trentaine d'années.

C'est en France que cette affection a été bien décrite pour la première fois, et jusqu'à 1850 des faits s'y rapportant publiés sous des noms divers : tumeurs hématiques, tumeurs fluctuantes du bassin, etc., étaient à peu près passés inaperçus.

Observer un phénomène, le comprendre, en saisir les lois, puis le décrire est chose toute différente que le constater et le signaler incidemment ; c'est là une vérité banale et cependant

1. *Bulletin de la Société anatomique*, 1855.

quand on aborde l'histoire d'une question scientifique, elle paraît souvent méconnue.

On trouverait dans les livres hippocratiques la première mention d'accidents se rapportant à l'hématocèle ; au tome VIII, livre I, § 2, p. 21, on lit :

« Chez certaines femmes, à la deuxième ou troisième époque après la suppression des règles, si les membranes se portent vers le flanc sans être devenues purulentes, il se forme au-dessus de l'aine une tumeur grosse et rouge ; il est arrivé plus d'une fois que les médecins, ne sachant pas ce que c'était, l'ont incisée et ont mis la malade en danger.

« Cette espèce de tumeur se forme ainsi : la chair puise du sang, s'en remplit et se soulève, à cause de ce sang qui la pénètre. Si l'orifice utérin revient vers les parties génitales et que les règles sortent par cette voie, le gonflement du flanc s'affaisse ; mais si l'orifice ne se tourne pas vers les parties génitales, les règles se font jour par le flanc ; elles prennent aussi la voie de vomissement et parfois celle du siége. » Deux autres passages semblent également, avec un peu de bonne volonté, pouvoir s'appliquer aux tumeurs sanguines du petit bassin.

Ruysch[1] est le premier auteur qui parle de l'épanchement sanguin rétro-utérin ; ayant trouvé à l'autopsie d'une femme du sang dans la trompe, dans l'utérus, il l'attribue au passage du sang menstruel dans le péritoine. Cette observation eut un grand retentissement et fut reproduite par les érudits de Leipsick. Néanmoins des observations semblables ne se multiplièrent pas, et le seul fait qui s'en rapproche est celui cité par I.-P. Franck[2]. Le journal de Hufeland pour 1818 fait aussi mention d'un cas de ce genre.

Dans le Dictionnaire en 30 volumes, tome V, Laugier, s'oc-

1. *Observationum anatomico chirurgicarum centuria*, Observation 55, p. 110. Amsterdam, 1671.

2. *Traité de médecine pratique*, t. V, p. 261, 1823.

cupant des tumeurs du bassin, signale la présence des tumeurs hématiques entre le rectum et l'utérus; il cite une observation où la ponction d'une tumeur rétro-utérine fournit une notable quantité de sang.

La première description des kystes sanguins de l'excavation pelvienne a été donnée par H. Bourdon[1]. S'inspirant de la pratique de Récamier, il décrivit les signes physiques de ces tumeurs dont il plaçait le siége dans le tissu cellulaire péri-utérin. Deux fois Récamier croyant à un abcès, avait ouvert un épanchement sanguin enkysté. Velpeau, dans le tome IV de sa *Médecine opératoire*, dit avoir observé chez une femme une vaste tumeur sanguine du bassin ; il en fit l'ouverture par le vagin et la malade guérit.

L'observation la plus complète que nous trouvons quelques années plus tard d'hématocèle rétro-utérine, a été publiée par M. Bernutz dans son Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel, paru dans les *Archives de médecine*[2]. Rapprochant de l'observation qui lui était personnelle la description donnée par Ruysch, il crut que ces kystes étaient toujours formés par le sang menstruel, à l'issue normale duquel s'opposerait soit un obstacle mécanique, soit une simple contraction spasmodique des orifices utérins.

La question en était là, lorsque parut la thèse de Viguès[3] (1850), élève de Nélaton. Dans ce travail intéressant, basé sur sept observations, l'auteur se préoccupe du siége anatomique de la tumeur sanguine, de la source de l'hémorrhagie. A la première de ces questions, il répond que l'épanchement sanguin est extra-péritonéal, et pour la seconde il propose une expli-

1. *Mémoire sur les tumeurs fluctuantes du petit bassin* (*Revue médicale*, juillet-août-septembre 1841).

2. Bernutz, *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel. — Archives générales de médecine, 1848.*

3. Viguès, Thèse de Paris, 1858. — *Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez la femme.*

cation nouvelle : le sang viendrait de l'ovaire, il s'en écoulerait directement dans la cavité péritonéale.

Peu de temps après la thèse de son élève, Nélaton [1] commençait ses leçons cliniques sur l'hématocèle, qu'il appela *rétro-utérine*; l'étude magistrale qu'il fit de cette maladie lui donna dans le cadre nosologique la place qu'elle y a toujours depuis occupée. Il s'attacha à donner une description exacte des signes physiques de la tumeur et précisa les conditions du traitement.

En 1851, l'hématocèle rétro-utérine fut à la Société de chirurgie [2] l'objet d'une savante discussion à propos d'une communication de M. Monod « sur un épanchement de sang derrière l'utérus ». Nélaton, Robert, Huguier, Denonviliers, Lenoir, prirent part à la discussion. Robert, rappelant l'observation de Piogey [3] dans laquelle la collection hématique occupait le côté droit du bassin, montra que l'hématocèle n'était pas toujours rétro-utérine, mais qu'on la rencontrait sur les côtés et dans l'épaisseur des ligaments larges. Huguier, prenant comme base de classification des épanchements sanguins leur siége anatomique, divisa les hématocèles en deux grandes classes : hématocèles intra et extra-péritonéales, suivant que le sang était épanché dans les culs-de-sacs péritonéaux, et qu'il occupait le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Cette dernière espèce, qui n'est qu'une *pseudo-hématocèle* dépendrait surtout d'une grossesse extra-utérine arrêtée à un ou deux mois de conception. Huguier, à l'instar de Robert, préconisa l'ouverture de la tumeur par ponction évacuatrice plutôt que par incision dans la crainte d'hémorrhagie. Ce mode de traitement, employé deux fois par Denonviliers, fut alors généralement accepté.

1. Nélaton, *Leçons orales faites à l'hôpital Saint-Louis. — Gaz. des Hôpitaux,* février 1851 — *Leçons orales faites à l'hôpital des Cliniques. Gaz. des Hôpitaux.* — Décemb. 1851-1852.)

2. *Bulletins de la Société de chirurgie, 1852,* p. 132-141-151.

3. *Bulletins de la Société anatomique, 1850.*

Le premier travail où la distinction est nettement établie entre l'hématocèle intra et extra-péritonéale fut la thèse de Prost[1], qui défendait, du reste, les idées de Nonat. Il donne comme signe diagnostic de ces deux formes d'hématocèle, l'abaissement de l'utérus dans le premier cas, son élévation dans le deuxième ; sur quinze malades traités par la ponction, il y eut douze guérisons et trois morts. En 1853, paraissait en Angleterre l'article remarquable de Tilt[2], où les différentes causes d'hématocèle sont judicieusement appréciées. Deux ans plus tard, Laugier, qui avait fait à l'hôpital de la Pitié des leçons cliniques sur l'hématocèle, s'attacha à démontrer dans un Mémoire présenté à l'Institut[3] que l'ovaire ne pouvait donner naissance à l'hématocèle intra-péritonéale qu'à la condition d'être préalablement altéré. Tandis que Nélaton admettait la chute du sang en notable quantité dans le péritoine, lors de la rupture de l'ovaire au moment de la ponte spontanée, Laugier faisait intervenir un facteur de plus dans le mécanisme de l'hématocèle : une altération de l'ovaire.

La même année, M. Gallard[4] passait en revue avec un grand sens critique les différentes théories émises pour expliquer la formation de l'hématocèle. S'appuyant sur les observations de Bouvyer, Fauvel, Fleuriot (il s'agissait, dans cette dernière, d'une hématocèle intra et extra-péritonéale avec grossesse extra-utérine), il émettait déjà l'opinion qu'il a plus tard si habilement développée[5] à l'hôpital de la Pitié ; il concluait « qu'il suffit de la rupture d'une vésicule de Graaf, au moment de la ponte spontanée, pour donner lieu à cette hémorrhagie quand il

1. Prost, *De l'hématocèle rétro-utérine.* — Thèse de Paris, 1854.

2. *Pathology and treatment of sanguineaw pelvic tusnow, Diseases of women.* — Londres, 1853.

3. *Mémoire sur l'origine et l'accroissement de l'hématocèle rétro-utérine,* présenté à l'Institut le 26 février 1855.

4. T. Gallard. *Sur les hématocèles péri-utérines.* — *Bulletins de la Société anatomique, 1855,* p. 380.

5. Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1873.*

y a déjà congestion de l'ovaire... On ne peut savoir, ajoutait-il, si le détachement d'un ovule fécondé[1] déterminera l'hématocèle plus facilement que celui d'un ovule non fécondé.

M. Gallard est, à l'heure actuelle, plus explicite et il affirme que la déchirure d'un ovule fécondé est plus apte à déterminer une hématocèle péri-utérine, que la chute d'un œuf arrivé simplement à maturité sans fécondation.

De 1854 à 1858, nous avons à citer les thèses de Cestan[2], Robert[3], Fenerly[4], inspirées par Nonat, Nélaton, les thèses d'Engelhardt[5] Gallardo[6]. La thèse de Devalz[7] vit naître une opinion nouvelle sur la source de l'épanchement sanguin dans l'hématocèle. Développant les idées de son maître, M. le professeur Richet, déjà exposées dans la première édition du *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, il fit jouer un rôle presque exclusif à la rupture des veines du plexus utéro-ovarien comme cause d'hématocèle.

A la même époque, Puech[8], de Toulouse, publiait un Mémoire important sur l'hématocèle rétro-utérine. Sa genèse était multiple; il lui assignait plusieurs origines : des lésions de la trompe, de l'ovaire, du plexus utéro-ovarien. Trois thèses[9], sou-

1. *Loc. cit.*, p. 674.

2. Cestan. Thèse de Paris, 1854. *De l'hématocèle rétro-utérine.*

3. Robert. Thèse de Paris, 1854. *Des tumeurs rétro-utérines.*

4. Fenerly. Thèse de Paris, 1855. *De l'hématocèle rétro-utérine.*

5. Engelhardt. Thèse de Strasbourg, 1856. *De l'hématocèle péri-utérine.*

6. Gallardo. Thèse de Paris, 1857. *De l'hématocèle péri-utérine.*

7. Devalz. Thèse de Paris, 1858. *Du varicocèle ovarien et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine.*

8. Académie des sciences, 22 février 1858. — *De l'hématocèle péri-utérine et de ses sources*, Montpellier, 1855.

9. Baudelot. Thèse de Paris, 1858. *Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez la femme ou hématocèle péri-utérine.* — Cassagnes. Thèse de Paris, 1858. *Des hématocèles intra-pelviennes.* — Verdet. Thèse de Paris, 1858. *Des hématocèles péri-utérines.* — Defos de Rau. *Quelques réflexions à propos d'un cas d'hématocèle rétro-utérine.* Thèse de Strasbourg, 1868.

tenues la même année à la Faculté de Paris, nous indiquent l'intérêt que l'on apportait alors à l'étude de l'hématocèle. On y trouve des observations intéressantes et certains côtés de la question élucidés. La monographie la plus complète sur ce sujet, qui parut également en 1858, fut la thèse inaugurale de A. Voisin et à deux ans d'intervalle (1860) son Mémoire sur l'hématocèle rétro-utérine[1]. Riche de quarante-deux observations, ce travail méritera toujours d'être consulté ; basé sur des faits bien observés, il fournit des indications précieuses. Peut-être quelques cas se rapportent-ils plutôt à des phlegmons péri-utérins, à des pelvi-péritonites qu'à de véritables épanchements sanguins.

Signalons encore un deuxième Mémoire de Puech[2], complétant les conclusions de son premier travail ; il considère la rupture du plexus utéro-ovarien comme la cause la plus commune de l'hématocèle rétro-utérine.

Dans leur ouvrage[3], Bernutz et Goupil consacrent des pages fort instructives aux tumeurs hématiques de l'excavation pelvienne. La question y est envisagée sous toutes ses faces et l'on y trouvera longuement discutées, avec une érudition rare, les différentes théories invoquées pour expliquer la formation de l'hématocèle. Le Mémoire[4] de M. Gallard, lu à la Société médicale des hôpitaux le 14 juillet 1858, concluait à l'identité de l'hématocèle péri-utérine spontanée et de la ponte extra-utérine. M. Gallard était plus affirmatif qu'en 1855 ; nous le verrons, du reste, dans ses leçons cliniques, développer, preuves en mains, cette idée que l'hématocèle n'est, le plus souvent, qu'une grossesse extra-utérine.

1. A. Voisin. Thèse de Paris, 1858. — *De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins du petit bassin*, Paris, 1860. — Coquard. Thèse de Paris, 1859.

2. *Mémoire sur la rupture du plexus utéro-ovarien et le thrombus intra-pelvien, qui en est la suite*. Académie des sciences, 28 juin, 1858.

3. *Clinique médicale sur les maladies des femmes*. Paris, 1860.

4. Gallard. *Mémoire sur les hématocèles péri-utérines spontanées*. (*Archives générales de médecine, 1860.*)

Pendant un certain nombre d'années, le silence semble se faire sur les épanchements sanguins intra-pelviens, et à part quelques faits fort intéressants, puisqu'ils sont accompagnés d'autopsies, publiés dans les *Bulletins de la Société anatomique*, nous arrivons en 1868, où nous avons à tenir compte de la leçon de Trousseau. Dans l'hématocèle pelvienne [1] nous laissons de côté les faits présentés à la Société anatomique, car ils trouveront leur place, soit au chapitre : *Anatomie pathologique*, soit dans le tableau d'observations que nous donnons à la fin de notre thèse. Trousseau fait jouer un rôle prépondérant à la menstruation. L'hémorrhagie, suivant lui, ne peut venir que de deux sources : de l'ovaire ou de la trompe. A l'époque menstruelle il se ferait une exhalation sanguine par la muqueuse tubaire, d'où l'hématocèle cataméniale par opposition à l'hématocèle ovarienne.

On lira dans les ouvrages spéciaux traitant des maladies des femmes, dans l'article de M. Bernutz, du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, des pages fort intéressantes sur l'hématocèle péri-utérine. Aran [2], Courty [3], Nonat [4], etc., donnent de cette maladie une description complète.

Quelques oublis volontaires au point de vue historique seront réparés quand nous traiterons des différentes théories de l'hématocèle. Il nous reste, pour être à peu près complet en fait de travaux français, à donner l'indication bibliographique de cinq thèses traitant des épanchements sanguins de l'exca-

1. Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, tome III, page 604.

2. Aran. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*.

3. Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus, de l'ovaire et des trompes*.

4. Nonat. *Traité pratique des maladies de l'utérus, de ses annexes et des organes génitaux externes*.

vation pelvienne, soutenues à la Faculté de Paris depuis 1869 jusqu'en 1878 [1]. Signalons également une thèse présentée sur ce sujet à la Faculté de Montpellier [2].

La littérature étrangère a, dans ces dernières années, réuni un assez grand nombre d'observations d'hématocèles péri-utérines, mais nous trouvons sur la matière peu de travaux originaux.

En Allemagne, les idées de Virchow sur la formation de l'hématocèle par rupture de néo-membranes pelviennes n'ont pas eu beaucoup de crédit; nous dirons plus loin ce qu'il faut en penser. Plusieurs observations empruntées aux recueils allemands d'obstétrique et de gynécologie placent le siége des épanchements sanguins en dehors du péritoine. Jacob Kuhn [3] aurait constaté dans deux autopsies à la clinique obstétricale de Frankenhauser, à Zurich, l'hématocèle extra-péritonéale chez la femme; il s'étend longuement sur les signes distinctifs de cette forme d'épanchement sanguin et de l'hématocèle commune.

Schroeder [4], Braun ont rapporté des cas d'hématocèle anté-utérine due à la rupture d'une trompe par grossesse tubaire, alors que les deux feuillets du cul-de-sac de Douglas étaient accolés et oblitérés par des adhérences.

Le Mémoire de Fritsch sur l'hématocèle rétro-utérine [5] est

1. Provensal. *De l'hématocèle rétro-utérine.* Thèse, 1869. — Raguet. *De l'hématocèle rétro-utérine.* Thèse, 1870. — Nachtel. *De l'hématocèle péri-utérine.* Thèse, 1875. — Drapier. *Considérations sur l'hématocèle rétro-utérine consécutive à la pelvi-péritonite.* Thèse, 1876. — Cotelle. *De l'hématocèle péri-utérine.* Thèse, 1877.

2. Lacoste. Thèse de Montpellier, 1877. *De l'hématocèle péri-utérine extra-péritonéale.*

3. J. Kuhn. *Des épanchements sanguins qui se produisent dans les ligaments larges et le tissu péri-utérin.* Thèse, Zurich, 1874.

4. Schroeder. *Pathogénie des hématocèles rétro-utérines et anté-utérines* (*Archiv. für Gynækologie*, t. V, Berlin, 1873).

5. Fritsch. *Hématocèle rétro-utérine;* Lassernburg Klinischer, von Richard Volkmann. Leipzig, 1873.

un résumé très-complet de nos connaissances sur les tumeurs hématiques. Tenant compte des nombreuses autopsies de Muschka et Ott, où l'hématocèle a toujours été trouvée intra-péritonéale, Bitschler regarde la variété extra-péritonéale comme très-rare. Il rejette la ponction, à moins qu'il n'existe des signes évidents de suppuration.

Les chirurgiens anglais et américains ont rapporté dans ces dernières années de nombreuses observations d'effusion de sang dans le péritoine[1]. Nous trouvons dans les *Obstetrical Transactions of London*, dans le *British medico-chirurgical Review*[2], l'*American Journal of the medical Sciences*, le *New-York medical Journal*[3], etc., des faits intéressants d'hématocèle dus à Barnes, Meadows, Tyler Smith, etc. Les *Reports Saint-Thomas's Hospital*, 1870, contiennent un Mémoire de R. Barnes avec cinquante et une observations d'hématocèle et d'épanchement sanguin dans le péritoine, le peu de détails dans lesquels entre l'auteur ne nous a pas permis d'en tirer grand parti ; il ne nous a même pas été possible de les faire entrer dans notre tableau résumé. En dehors des pages consacrées à l'hématocèle dans les livres classiques, laissant de côté les revues critiques des journaux italiens, nous avons à signaler un Mémoire de Verardini, où se trouvent consignées plusieurs observations du professeur Rizzoli.

L'hématocèle péri-utérine est, ainsi que nous le disions au début, une question éminemment française ; que l'on parcoure les revues étrangères, on verra que, depuis vingt ans, si l'on a apporté des observations nouvelles intéressantes à plus d'un

1. Byrne. — *Clinical memoire on diseases of women.* — New-York, 1860.
2. Tuchwell *on effusion of blood in the neighbourhood of the uterus.* — London, 1863.
3. Gaillard Thomas. — *A Treatise on the diseases of women.* Philadelphie, 1876.

titre, il n'y a pas eu d'œuvre d'ensemble sur ce point de la pathologie.

Nous pouvons maintenant esquisser à grands traits, pour la rendre plus compréhensible, l'histoire de l'hématocèle péri-utérine.

Dans une première période qui s'étend depuis une époque reculée, à partir tout au moins de l'observation de Ruysch (1737) jusqu'à 1848-1850, les tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne n'ont été l'objet d'aucune description complète; elles avaient été vues, mais non décrites, à part très-peu de cas.

La deuxième période commence avec les travaux des chirurgiens et gynécologistes français (1848). Beaucoup de points ont été élucidés, mais d'autres restent encore obscurs, et la question de l'hématocèle péri-utérine offre toujours un vaste champ de recherches.

Les premiers travaux, les discussions à la Société de chirurgie établissent d'abord les signes de la maladie, son siège exact; on croit à l'utilité de l'intervention chirurgicale, on préconise comme traitement l'ouverture de la tumeur. Quelques années s'écoulent, les faits se multiplient, des pièces pathologiques relatives à l'hématocèle sont présentées à la Société anatomique; de 1850 à 1860, on se préoccupe surtout du côté théorique, on recherche le mode de formation de l'hématocèle. Les théories émises sont basées sur des observations probantes, des autopsies peu nombreuses, il est vrai, mais souvent démonstratives; chaque auteur, par une tendance naturelle à l'esprit, fait de sa théorie une application presque exclusive, généralisant tel ou tel mécanisme de l'hémorrhagie.

Dans ces quinze dernières années, on s'occupe certainement moins des tumeurs hématiques du petit bassin. Éclairés par des accidents graves, mortels, après l'ouverture de la tumeur et la simple ponction, les chirurgiens posent en principe l'abstention.

Le côté théorique, sur lequel on ne s'entendait guère il y a vingt-cinq ans, est encore à l'heure actuelle environné de beaucoup d'obscurité ; il semble cependant, lorsqu'on parcourt les observations avec autopsies de ces dernières années, que la question ait fait sur ce terrain un pas en avant : hématocèle et grossesse extra-utérine seraient, dans nombre de cas, synonymes.

Aux nécropsies faites avec tout le soin désirable appartient le droit de trancher cette question, et de nous renseigner plus exactement sur la fréquence et les caractères des deux variétés d'hématocèles intra et extra-péritonéale.

PREMIÈRE PARTIE

DE L'HÉMATOCÈLE INTRA-PÉRITONÉALE [1]

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES. EXPOSÉ DES DIVERSES THÉORIES.

Avant d'aborder l'étude des différentes théories invoquées pour expliquer la formation de l'hématocèle, il est nécessaire, la clarté du sujet l'exige, de donner une description rapide des régions où le sang épanché va se collecter. Si nous voulons savoir quel est l'organe qui, par son trouble physiologique ou par ses altérations, sera susceptible de produire l'hématocèle, il est indispensable d'établir, d'après les travaux les plus récents, la part qui lui revient dans l'exercice régulier des fonctions génitales.

La cavité abdominale est close à sa partie inférieure par un plancher musculo-aponévrotique résistant que les anatomistes décrivent sous le nom de plancher périnéal.

Chez la femme, ce plancher, cette région périnéale, acquiert une importance considérable. En effet, le périnée de la femme remplit toujours le rôle d'une paroi contractile, destinée à supporter les organes situés dans le petit bassin et à réagir contre les muscles qui peuvent les comprimer, durant l'accomplissement des différentes fonctions physiologiques qui relèvent de l'effort; c'est toujours une sorte de diaphragme renversé qui oppose sa

1. Dans toute cette première partie, nous emploierons indistinctement les désignations de : *hématocèle péri-utérine*, *hématocèle intra-péritonéale*, ces deux expressions étant généralement considérées comme synonymes.

concavité à la concavité des muscles plus élevés, ses contractions à la contraction de ceux-ci ; mais la présence de l'appareil génital interne, le trajet du conduit vaginal viennent certainement compliquer l'anatomie de la région et grandir son importance physiologique.

La description anatomique exacte des aponévroses et des muscles du périnée ne saurait nous arrêter ici. Ce qui nous importe, c'est de rappeler avec précision les rapports réciproques des organes contenus dans le petit bassin, de bien étudier la configuration générale de la face supérieure de ce plancher pelvien traversé par l'urèthre, le vagin et le rectum, supportant l'utérus et la vessie et recouvert par la séreuse péritonéale.

Lorsqu'après avoir incisé les parois abdominales et relevé les anses intestinales on vient à examiner l'intérieur de l'excavation pelvienne, un premier fait frappe d'abord : c'est la division de la région en deux compartiments secondaires par une large cloison transversale constituée par l'utérus et les ligaments larges. Le compartiment antérieur est occupé par la vessie, le postérieur par le rectum, et tous deux, lorsque l'utérus présente sa direction normale, ont une dimension sensiblement égale.

Toutefois la plus grande profondeur du compartiment postérieur est nettement appréciable ; on verra plus tard comment nous avons cherché à préciser la capacité exacte de ces deux loges.

Le péritoine pariétal arrivé sur les limites du détroit supérieur, le double, plonge dans l'excavation et recouvre ou enveloppe tous les organes qui y sont contenus.

Ce trajet de la séreuse péritonéale nous intéresse spécialement et nous devons y insister.

Suivi d'avant en arrière, le péritoine, après avoir tapissé la région sous-ombilicale de la paroi abdominale, décrit une sorte de coude connu sous le nom de cul-de-sac vésico-abdominal et

gagne la vessie dont il recouvre la paroi postérieure et une partie des parois latérales, constituant ainsi, comme le dit M. Sappey, une sorte d'hémisphère à concavité antéro-inférieure qui, se continuant par sa circonférence avec le péritoine des parties voisines, fixe la vessie et lui laisse toute liberté pour les alternatives d'ampliation et de retrait auxquelles elle se trouve soumise.

De la vessie, le péritoine gagne l'utérus, il se réfléchit de bas en haut au-devant de cet organe à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du col, revêt la face antérieure, double la base, descend sur la face postérieure, s'avance sur la paroi inférieure du vagin dans une étendue de 12 à 15 millimètres et se coude une seconde fois pour gagner le rectum.

En s'adossant à lui-même sur les parties latérales de l'utérus pour constituer les ligaments larges, le péritoine forme aussi un cul-de-sac transversal qui prolonge le cul-de-sac vésico-utérin jusqu'aux parties latérales du bassin. Il monte ensuite sur les ligaments larges, se moule sur les trois ailerons de leur bord supérieur, redescend sur leur face postérieure, embrasse les ligaments utéro-sacrés en formant avec ceux-ci de chaque côté du rectum un repli demi-circulaire et s'unit en dedans à l'enveloppe séreuse de l'intestin. Cette dernière disposition est intéressante à signaler, elle nous montre comment ce que l'on pourrait appeler le bas-fond du compartiment postérieur de l'excavation pelvienne se trouve être divisé en trois dépressions secondaires : une dépression médiane demi-circulaire, très-profonde ou cul-de-sac recto-vaginal et deux latérales plus élevées que la précédente, limitées en dedans par les replis utéro-sacrés, ce sont les fossettes rétro-ovariennes. Ce qui précède montre bien comment le cul-de-sac vésico-utérin se trouve plus élevé que le recto-utérin. Toute la hauteur du tiers moyen du col le sépare du cul-de-sac vaginal par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire bien connu des chirurgiens. Par contre, on voit très-bien comment le cul-de-sac recto-utérin se trouve représenter le point le

plus déclive de la cavité pelvienne. Il s'insinue, pour ainsi dire, dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale dans une étendue qui peut être évaluée, nous l'avons dit, à 12 ou 15 millimètres, et l'on comprend très-bien comment l'accumulation d'un liquide pathologique quelconque dans l'intérieur de ce cul-de-sac sera, d'une part facilement appréciable par le toucher, et pourra, d'autre part, sous l'influence de la brusquerie de son apparition ou même de son abondance, exagérer en quelque sorte la disposition anatomique normale et décoller, dédoubler la cloison recto-vaginale dans une étendue variable.

Les deux fossettes rétro-ovariennes ne méritent pas moins notre attention : limitées, comme nous l'avons dit, à leur partie interne, par les ligaments utéro-sacrés, elles sont là comme deux capsules situées au-dessous des ovaires, et si nous ne redoutions pas les abus du procédé comparatif, nous dirions volontiers que les fossettes rétro-ovariennes se comportent vis-à-vis de l'ovaire comme la vaginale vis-à-vis du testicule.

Ce rapprochement est d'autant moins forcé que, dans l'état de plénitude de la vessie, les deux ovaires reposent immédiatement sur leurs fossettes. Nous verrons plus tard comment la clinique étend cette conception d'une vaginale féminine non pas seulement aux fossettes rétro-ovariennes, mais bien à toute la cavité de Douglas.

Notons enfin que, dans bon nombre de cas, ainsi que l'a fait remarquer M. le professeur Sappey, on observe sur ces fossettes[1] « des inflammations circonscrites, provoquées par la présence du sang qui s'échappe des vésicules ovariennes au moment où elles se déchirent ».

Tel est le trajet du péritoine pelvien, telle est, en un mot, la topographie exacte de l'excavation pelvienne. Mais il nous faut maintenant revenir sur quelques points de détail. Nous connaissons bien le terrain sur lequel viendra s'épancher le sang, l'hé-

1. Sappey. *Anatomie,* 3e édition, t. IV, page 749.

morrhagie constituée de l'hématocèle péri-utérine, et nous pourrions dès maintenant prévoir et le siége habituel et bien des signes physiques de cette affection. Mais la clinique nous enseigne que, dans certains cas, le sang ne siége pas dans l'intérieur, mais bien au dehors de la cavité séreuse. Nous devons donc rechercher les conditions anatomiques de cette variété d'hémorrhagie pelvienne, tant au point de vue de son siége que de ses origines possibles, et ces diverses considérations nous conduisent à l'étude des ligaments larges.

Étendus des bords latéraux de la matrice vers les parois de l'excavation pelvienne, ces ligaments contribuent pour une certaine part à maintenir l'utérus dans sa situation normale. Nous disons pour une certaine part seulement, car le maintien de l'utérus dans sa situation physiologique est dû bien plus à l'influence des ligaments utéro-sacrés qu'à tout autre de ces ligaments, et tous les chirurgiens savent que lorsqu'on saisit la matrice avec une pince de Museux pour l'attirer vers la vulve, ce sont les ligaments de Douglas qui s'opposent le plus à son abaissement.

Les ligaments larges ont toutefois un rôle important. L'instabilité de l'équilibre utérin, que M. Farabeuf a si ingénieusement comparée à celui d'une bouteille maintenue par son goulot dans l'un des orifices d'une planche à bouteilles, est bien connue, et les ligaments larges ne peuvent que limiter très-faiblement les anté ou les rétroversions que déterminent successivement les alternatives d'ampliation ou de retrait de la cavité vésicale. Mais en revanche, et particulièrement chez les femmes nullipares, ils s'opposent efficacement aux déviations latérales de l'organe, aux latéro-versions et aux latéro-flexions. Mais ce n'est pas tout, les ligaments larges sont constitués, nous le savons, par ce vaste repli de la séreuse péritonéale qui enveloppe l'utérus et cloisonne le petit bassin ; dans leur épaisseur cheminent les vaisseaux utéro-ovariens, et, se plaçant à un point de vue plus général, on pourrait dire qu'ils sont comme le hile

de l'utérus. A n'envisager que le repli de la séreuse et l'importance des vaisseaux afférents ou efférents qu'il renferme, on pourrait aussi dire que les ligaments larges présentent réunies et les attributions des ligaments péritonéaux, et celles des mésentères. Ne voit-on pas en effet, sans parler de tous les caractères précédemment signalés, les deux lames qui le composent se dédoubler dans l'état de grossesse pour recevoir dans leur intervalle l'organe de la gestation, et se réappliquer ensuite l'une sur l'autre, lors de la rétrocession de l'utérus. Mais ce sont là tout autant de considérations générales qui ne sauraient nous arrêter plus longtemps, bien que leur importance, à notre point de vue, ne puisse échapper à personne, et nous avons hâte de pénétrer plus avant dans la structure intime de ces ligaments.

Verticaux et irrégulièrement quadrilatères, ils s'étendent des bords de l'utérus aux parois de l'excavation pelvienne. Leur face antérieure répond à la vessie, la postérieure au rectum et aux circonvolutions de l'intestin grêle, et leur inclinaison exacte subit évidemment les mêmes variations que celle de l'axe utérin lui-même. Leur bord supérieur se divise en trois ailerons. L'aileron postérieur renferme l'ovaire et son ligament, l'antérieur le ligament rond, et le moyen, plus élevé et plus volumineux que les deux autres, la trompe de Fallope. En saisissant ce dernier entre les doigts, on éprouve une sensation de résistance analogue à celle que donne le canal déférent lorsqu'on explore le cordon : c'est le conduit tubaire. Son orifice utérin est, on le sait, infiniment petit, et c'est à peine si l'on peut y introduire une soie de sanglier ; mais il va en s'élargissant à mesure qu'il se rapproche de son extrémité ovarienne, et là il se termine par un pavillon frangé ou pavillon de la trompe, lequel se rattache à l'ovaire par une sorte de petit ligament recourbé en gouttière. Ce pavillon, dont le rôle est si capital dans la migration de l'ovule, n'est pas toujours unique pour chaque trompe, et l'on sait depuis la thèse inaugurale de G. Richard qu'il peut exister

des pavillons accessoires sur le tiers externe du corps de la trompe dans la proportion de une femme sur seize, d'après les observations de M. le professeur Sappey et de notre ami Ch. Nélaton.

Nous savons enfin comment le bord inférieur des ligaments larges se rapproche du plancher du bassin sans arriver jusqu'à lui, puisque les deux lames qui les composent se séparent à ce niveau pour se porter, l'antérieure sur la vessie, la postérieure sur les ligaments utéro-sacrés.

Si maintenant l'on vient à procéder à l'étude des ligaments larges avec l'aide du scalpel, on peut facilement constater qu'ils se composent de deux lames et d'une couche celluleuse intermédiaire dans laquelle cheminent des vaisseaux et des nerfs.

Chacune de ces lames comprend un feuillet superficiel ou séreux et un feuillet profond musculaire renforcé lui-même par une lame élastique fenêtrée, dont l'existence paraît démontrée par les observations récentes de M. le professeur Renaut.

Ce mode de constitution nous explique la résistance relativement considérable, la véritable solidité de ces lames. C'est là un point important, sur lequel nous reviendrons à propos de l'hématocèle extra-péritonéale.

Les feuillets séreux nous sont bien connus. Nous insisterons seulement sur l'union intime de la séreuse et de l'ovaire. Elle est en effet très-remarquable, et, bien que le péritoine se réduise à son feuillet épithélial pour envelopper la couche ovigène, il n'en contracte pas moins avec cet organe une adhérence tellement intime que l'on est frappé de la résistance aux tractions qu'apportent à ce niveau les replis séreux.

Quant aux feuillets musculaires, leur importance physiologique est maintenant bien connue. C'est à M. Rouget que revient tout l'honneur de leur description. Ils sont composés par des faisceaux de fibres lisses entre-croisés, et subissent, au cours de la grossesse, une hypertrophie assez considérable pour qu'ils puissent être distingués sans le secours du microscope.

Leur adhérence à la séreuse est à ce point intime, qu'il est impossible de détacher un lambeau du péritoine sans emporter le lambeau correspondant du feuillet musculaire.

La lame cellulo-vasculaire située dans l'intérieur des deux lames des ligaments larges, mince supérieurement, s'épaissit de haut en bas et de dehors en dedans. Il en résulte que c'est au niveau du plancher pelvien et des bords de l'utérus qu'elle offre sa plus grande épaisseur. En dehors, elle se divise en deux lamelles cellulo-fibreuses entre lesquelles cheminent les vaisseaux utérins. En dedans, elle est formée par un tissu cellulaire lâche qui se continue supérieurement avec celui des parties latérales du rectum. La continuité de cette lame celluleuse avec le tissu cellulaire, qu'on observe sur les côtés du vagin et du rectum et qui remplit toute cette région comprise entre le péritoine pelvien et l'aponévrose périnéale supérieure, est très-importante à noter. C'est par l'intermédiaire de cette couche celluleuse sous-péritonéale que le tissu cellulaire des ligaments larges communique aussi avec celui de la fosse iliaque interne.

On sait combien ces données anatomiques viennent éclairer l'histoire des collections purulentes du petit bassin, et, pour ne parler que des hématocèles extra-péritonéales, on comprend facilement toute l'importance que ces données anatomiques peuvent avoir sur l'intelligence de leur évolution.

Ce tissu cellulaire est à larges mailles, il contient peu de graisse, et, bien qu'il soit entrecoupé par des tractus fibroïdes assez résistants, élastiques, qui paraissent servir dans une certaine mesure au soutien des vaisseaux et des nerfs, ses mailles jouissent d'une remarquable extensibilité et d'une grande perméabilité.

Nous trouverons d'ailleurs la confirmation de ces notions anatomiques dans la partie expérimentale de ce travail. Cette lame celluleuse des ligaments larges est traversée de dehors en dedans[1] :

1. Sappey. *Anatomie*, 3e édit., t. IV, p. 745.

1° Par l'artère utéro-ovarienne et l'artère utérine, dont les premières divisions s'étalent en éventail sur les côtés de l'utérus, où on les voit s'anastomoser entre elles;

2° Par la veine utérine, dont les principales branches forment sur les parties latérales du même organe un plexus volumineux ;

3° Par des vaisseaux lymphatiques et des rameaux nerveux.

Nous examinerons seulement les artères et les veines.

M. le professeur Richet, l'un des premiers, a compris toute l'importance de leur étude, au point de vue spécial qui nous occupe. Nous lui empruntons en grande partie ce qui suit.

Les artères sont bien connues : ce sont des branches des artères utérines et utéro-ovariennes, et nous nous contenterons de rappeler le cercle artériel imparfaitement signalé par Maudhuy, Huguier, et constitué par les anastomoses qui réunissent les artères utérines du côté droit avec celles du côté gauche au niveau de l'union du col et du corps de l'utérus.

Les veines qui parcourent les ligaments larges proviennent de la partie supérieure du vagin, du col et du corps de l'utérus, du ligament rond, de la trompe et de l'ovaire; elles s'anastomosent fréquemment entre elles et forment dans l'épaisseur des ligaments larges un plexus à mailles allongées qu'on ne saurait mieux comparer qu'au plexus, dit pampiniforme, chez l'homme. Les dispositions qu'affectent ces veines sont, en général, très-capricieuses; cependant Devalz[1] pense que le plexus qu'il appelle sous-ovarien est presque toujours constitué à son origine par deux veines, provenant toutes deux du corps de l'utérus, l'une antérieure recevant les veines du ligament rond et de la trompe, l'autre postérieure, à laquelle aboutissent les vaisseaux émanant de cet enroulement veineux couché sur l'ovaire, auquel on a donné le nom de bulbe ovarien.

1. Thèse, 1858.

Tous ces vaisseaux, dont le volume à l'état normal ne dépasse pas celui de la veine faciale, après s'être envoyés réciproquement des branches de communication, viennent aboutir en définitive à un tronc unique qui suit la direction de l'artère utéro-ovarienne : c'est la veine utéro-ovarienne, laquelle se jette à gauche dans la rénale, à droite dans la veine-cave inférieure. Les injections démontrent nettement que ces veines ne possèdent que des valvules rares et insuffisantes. On peut s'en assurer très-simplement en faisant refluer par pression le sang de la veine-cave inférieure, et l'on peut alors, ainsi que le fait remarquer M. Richet, voir les mailles du plexus utéro-ovarien se gonfler d'une manière assez notable pour que, dans certains cas, les lames du ligament large se soulèvent et s'écartent visiblement. Ce plexus, peu développé chez la jeune fille, s'accroît notablement par l'établissement de la menstruation. Les grossesses répétées ont aussi une influence manifeste sur son développement.

Les veines qui forment ce plexus utéro-ovarien (M. Richet insiste beaucoup sur ce point) sont plongées au milieu du tissu cellulaire du ligament large et leurs parois mal soutenues n'opposent qu'une faible résistance à la pression qu'exerce sur elles la colonne sanguine de la veine-cave inférieure; on s'explique très-bien comment on les trouve souvent dilatées, variqueuses et formant sur les côtés de l'utérus un véritable varicocèle. Nous verrons plus tard comment M. Richet a cru pouvoir édifier sur ces faits anatomiques toute une théorie pathogénique de l'hématocèle.

Il nous suffit ici de signaler la richesse vasculaire des ligaments larges, qui se trouve d'ailleurs en si parfaite harmonie avec l'accomplissement des phénomènes physiologiques dont cette région est le théâtre et qui tous semblent concourir vers ce même but : la gestation.

Il est deux de ces fonctions physiologiques qui nous intéressent spécialement : ce sont l'ovulation et la menstruation. Nous

connaissons les relations intimes qui unissent ces deux grandes fonctions, et leur subordination est telle que, depuis les travaux de Negrier, l'hémorrhagie interne est considérée, à juste titre, comme le complément de la rupture d'une vésicule de Graaf. Nous n'ignorons pas les objections sérieuses que des observateurs récents ont faites à cette théorie. Les faits qu'ils apportent à l'appui de leur dire ont une valeur considérable et démontrent nettement que l'ovulation et la menstruation peuvent s'observer isolément. Mais c'est l'exception, et la grande loi physiologique mise en lumière pour la première fois par Gendrin et Negrier nous paraît subsister tout entière.

Les beaux travaux de M. Sappey ont démontré qu'à la naissance les ovaires renferment dans leur couche ovigène tous les ovules qu'ils doivent contenir. Stationnaires jusqu'à la puberté, on voit à cette époque quelques-uns des ovisacs acquérir un développement plus rapide. L'une des vésicules ovariennes prend surtout un accroissement considérable : elle se rapproche de la surface de l'ovaire, diminue d'épaisseur à son pôle périphérique et les vaisseaux qui la tapissent s'atrophient à son point le plus culminant.

A mesure que la vésicule s'accroît, la turgescence du bulbe augmente, il s'établit, comme le dit M. Sappey, un sorte de lutte entre la congestion bulbaire et l'accroissement vésiculaire; la vésicule crève enfin et l'ovule est chassé pour être recueilli par le pavillon de la trompe.

Telle est l'ovulation spontanée, la ponte périodique qui se reproduit chaque mois depuis la puberté jusqu'à la ménopause. Son évolution, disons-le, peut être hâtée d'ailleurs par toutes les causes capables d'augmenter ou de précipiter les phénomènes congestifs qui l'accompagnent (spasmes, désirs vénériens, chutes, efforts, etc.).

On sait qu'après la chute de l'ovule l'ovaire subit un travail de réparation qui aboutit à la formation des corps jaunes.

Lorsque s'effectue la rupture de la vésicule, les vaisseaux

qui alimentaient ses parois se rompent avec elles et donnent lieu à un écoulement sanguin.

Il nous importerait beaucoup de pouvoir déterminer quelle est la quantité de sang qui s'écoule alors; mais il faut bien le dire, nous ne possédons que peu de renseignements sur ce point particulier. En général, cette hémorrhagie paraît être peu considérable; l'atrophie musculaire qui sert de prélude à la rupture vésiculaire en est un sûr garant; elle colore en rose le liquide qui s'épanche dans la vésicule, et c'est par exception qu'elle produit un caillot capable de remplir l'ovaire.

Toutefois, il est bien démontré que, sous l'influence de causes variables, c'est une véritable hémorrhagie qui se produit; le sang déborde alors et tombe dans le péritoine pour peu que l'adaptation de la trompe sur l'ovaire reste imparfaite.

Et, disons-le dès maintenant, bien des causes peuvent tendre à rendre cette adaptation insuffisante. Sans parler de ces brides fréquentes que peuvent laisser après elles les inflammations diverses du péritoine pelvien, et pour ne pas sortir du domaine physiologique, voyons quel est le mécanisme de cette adaptation et quelles peuvent être ses imperfections. Pendant que les phénomènes étudiés plus haut se passent du côté de l'ovaire, les trompes, subissant avec la matrice l'influence de la surexcitation fonctionnelle qui rayonne de l'ovaire vers tous les points de l'appareil génital, deviennent le siége de phénomènes congestifs remarquables. Leur teinte grisâtre habituelle fait place à une coloration violacée de la muqueuse avec hypérémie et turgescence des parois. Ces phénomènes congestifs vont-ils jusqu'à l'hémorrhagie? On peut le supposer; mais dans l'état actuel de la science, il est impossible de l'affirmer. Nous devons cependant relater ici un fait intéressant que M. Hergott a bien voulu nous communiquer[1]. Ainsi qu'on peut le voir dans la note ci-jointe,

1. Pendant un séjour à Vienne (1876), M. Hergott eut l'occasion d'assister à une opération d'ovariotomie pratiquée à l'hôpital général par le pro-

il s'agit de la constatation directe, dans un cas pathologique, d'une exsudation sanguine de la trompe au moment de la menstruation.

Quoi qu'il en soit, en même temps que l'afflux sanguin détermine une sorte d'érection, de rigidité du conduit, il se produit une contraction reflexe des fibres musculaires, des trompes, de leur aileron et du ligament rond postérieur ; et cette contraction a pour résultat d'appliquer le pavillon sur l'ovaire. Tout se réduit, comme l'a dit Rouget, au mécanisme par lequel se ferme l'ouverture d'une bourse lorsqu'on exerce des tractions sur les liens dont les attaches s'étendent dans toute la longueur de ses bords. Au moment où l'ovule est chassé de l'ovaire avec son disque proligère et le produit variable de l'hémorrhagie concomitante, les rapports de l'ovaire et de l'oviducte sont donc tels que l'ovule passe immédiatement dans la trompe. Mais les choses sont loin d'être toujours aussi simples.

Si grande que puisse être l'expansion du pavillon, elle ne peut être suffisante pour qu'il embrasse la totalité de l'ovaire, dès lors comment les œufs provenant de portions ovariennes, sans contact avec les franges, peuvent-ils pénétrer dans l'oviducte ? Enfin, comme le relate M. Tarnier [1], il existe des observations démontrant ce fait que « l'une des trompes étant oblitérée depuis plusieurs années, et l'autre perméable,

fesseur Mosetig, alors qu'il remplaçait le professeur Dumreicher. Une trompe fut saisie dans le pédicule de la tumeur. L'opérée guérit; cinq mois après il revit la malade (service du professeur Mosetig) dans le Wiedner-Hospital. Elle y remplissait les fonctions d'infirmière. M. Mosetig lui fit remarquer un fait curieux: à chaque époque menstruelle, depuis son opération, l'opérée voyait un suintement se faire au niveau de la cicatrice du pédicule. Il ajouta que Spencer Wells (?) avait déjà eu occasion de constater ce fait plusieurs fois. Huit jours après, l'opérée devait avoir ses règles. Huit jours après M. Hergott retourna à l'hôpital, l'écoulement menstruel avait commencé, mais il n'y avait pas encore de suintement au niveau de la cicatrice. Il ignore ce qui arriva plus tard.

1. Tarnier. *Traité de l'art des accouchements*, 1878, page 135.

l'œuf avait pénétré dans la cavité utérine, bien que l'ovaire dont il s'était échappé fût situé sur l'ovaire correspondant à la trompe oblitérée, ainsi qu'il était facile de le reconnaître à l'aspect du dernier corps jaune ».

Faut-il admettre, avec Becker et Kiwisch, une espèce de perspiration à la surface péritonéale de l'ovaire donnant naissance à un flux séreux, destiné à entraîner l'ovule vers la trompe, et suffisant, d'après Schroeder, pour l'entraîner vers la trompe opposée? Faut-il, avec Henle, admettre que l'ovule suit pour gagner la trompe une gouttière creusée aux dépens du ligament unissant l'une des franges à la glande génitale, gouttière tapissée, d'après Waldeyer, d'une couche continue d'épithélium à cils vibratiles? Ce sont là tout autant de vues théoriques sur lesquelles nous n'avons pas à nous prononcer.

Ce que nous voulions faire ressortir, ce sont, qu'on nous passe l'expression, tous les dangers, toutes les éventualités du voyage que doit exécuter l'ovule pour arriver dans la matrice, qu'il ait ou non rencontré le spermatozoïde dans le tiers externe de la trompe, lieu habituel de cette rencontre, qu'il soit, en un mot, fécondé ou non. Cette migration de l'ovule est très-certainement favorisée par la présence des cils vibratiles et par les contractions vermiculaires de l'oviducte, et lorsque rien ne vient entraver son parcours, c'est douze ou quatorze jours après avoir quitté l'ovaire qu'il tombe dans la cavité utérine pour s'y greffer en cas de fécondation, pour y mourir au cas inverse.

On le voit, chaque ponte spontanée détermine dans toutes les parties constituantes de l'appareil génital interne de la femme une poussée congestive des plus remarquables. Nous avons étudié ses effets du côté de l'ovaire et de la trompe, nous savons aussi comment le système veineux des ligaments larges devient le siége d'une turgescence considérable. Pour M. Richet, les bosselures veineuses qui résultent de cette réplétion pourraient être perçues par le toucher vaginal, et pourraient même, dans certains cas, constituer une véritable tumeur molle et fluctuante

destinée à disparaître quelques jours après la cessation de l'écoulement menstruel.

Les phénomènes congestifs qui évoluent parallèlement du côté de l'utérus ne sont pas moins remarquables; ils y acquièrent leur maximum d'intensité et aboutissent en effet à la production de cette hémorrhagie physiologique qui constitue le flux menstruel.

Le processus de cet écoulement cataménial ne saurait nous arrêter ici : l'exagération de l'apport du sang dans le système vasculaire de l'appareil génital interne, lors de l'ovulation, nous est connu, et nous savons aussi, depuis les travaux de Rouget, comment l'évolution d'une vésicule de Graaf détermine par action réflexe du côté des faisceaux musculaires qui englobent non-seulement l'ovaire et la trompe, mais le système vasculaire propre à l'utérus et à ses annexes, une contraction impuissante à vaincre la résistance artérielle, mais suffisante pour aplatir les parois veineuses. Hypérémie d'une part, gêne de la circulation en retard d'autre part, telles sont en effet les deux notions physiologiques qui suffisent amplement pour expliquer et la réplétion sanguine du tissu utérin et la rupture des capillaires de la muqueuse.

Ces notions d'anatomie et de physiologie sont nécessaires pour l'intelligence des faits pathologiques que nous allons étudier. Ici, plus que dans toute autre affection chirurgicale, ces connaissances servent de base rationnelle à l'interprétation de l'évolution de l'hématocèle qui se rattache à des lésions si diverses de l'appareil génital.

Toute maladie, comme le disait Claude Bernard, correspond à une fonction normale, dont elle n'est qu'une expression troublée, exagérée, amoindrie ou annulée, et l'hématocèle péri-utérine figure certainement parmi les preuves les plus éclatantes de ce principe, que l'intelligence des diverses perturbations organiques réclame des notions précises sur le mécanisme normal des fonctions physiologiques.

La plupart des organes de l'excavation pelvienne ont été considérés comme pouvant fournir le sang dans l'hématocèle péri-utérine ; on les a envisagés au point de vue de la physiologie et des conditions nouvelles que crée la maladie.

Adoptant la marche la plus simple, nous passerons de l'étude du contenant à celle du contenu ; c'est dire que, dans cet exposé théorique, nous examinerons d'abord le rôle attribué à la séreuse pelvienne, puis celui de l'ovaire et de ses annexes : utérus, trompes, ligaments larges.

I. — *Exhalation sanguine aiguë du péritoine.*

Les hémorrhagies intra-pelviennes peuvent, par la rapidité de l'écoulement sanguin et son abondance, déterminer des accidents promptement mortels, et quoiqu'il s'agisse plutôt alors d'hémorrhagie interne que d'hématocèle, puisque le sang n'a pas eu le temps de s'enkyster, nous devons cependant nous en occuper. Parfois, en effet, alors que les premiers accidents ont été presque foudroyants et qu'il n'est pas possible de méconnaître une hémorrhagie profonde, le sang épanché provoque autour de lui, du côté de la séreuse péritonéale, des phénomènes inflammatoires, il s'enkyste au bout de quelques jours et forme une véritable hématocèle.

Sur cent cas d'hémorrhagie intra-pelvienne offrant le tableau clinique des pertes sanguines profuses, nous trouvons dans les statistiques de M. Montrose Pallen[1] que la mort est survenue soixante-quinze fois, et l'enkystement vingt-cinq fois. L'hématocèle se serait donc produite une fois sur quatre.

C'est à propos de quelques-uns de ces cas de mort subite par hémorrhagie intra-abdominale que nous voyons invoquée

1. *The American Journal of obstetrics and diseases of women and children New-York*, p. 69. Avril 1876.

comme cause l'exhalation aiguë du péritoine. Cette expression se trouve pour la première fois dans la thèse de M. Voisin [1] et s'applique à quatre observations de M. A. Tardieu.

Dans les *Annales d'hygiène publique* [2], consacrant quelques lignes aux tumeurs sanguines du petit bassin, M. Tardieu s'exprime ainsi : « Nous avons rencontré deux exemples de ces épanchements singuliers de sang dans le petit bassin, de ces tumeurs sanguines développées en arrière de l'utérus chez deux jeunes femmes qui, atteintes de cette affection en dehors de toute conception, de toute tentative d'avortement, succombèrent avec une telle rapidité que, chez toutes deux, des soupçons d'empoisonnement suscitèrent des poursuites judiciaires, sans qu'aucune autre cause de mort pût être signalée. »

Des renseignements oraux donnés à M. Voisin complètent étiologiquement ces deux observations d'une concision excessive.

Chez la première femme, mariée depuis trois semaines, l'hémorrhagie pouvait être attribuée à des excès de coït.

La deuxième femme, une jeune juive, tomba frappée à la suite d'excès génésiques.

M. Voisin rapporte encore un troisième cas dû à M. Tardieu, où l'autopsie ne révéla rien du côté des ovaires, chez une femme qui succomba après avoir reçu sur la hanche gauche un coup de pied de son mari.

C'est avec ces trois observations, malheureusement aussi écourtées, qu'a été formulée l'hypothèse de l'exhalation sanguine du péritoine pelvien. Cette façon de concevoir le mécanisme de certaines hémorrhagies intra-abdominales ne saurait être admise, elle va à l'encontre de toutes nos connaissances physiologiques. Comment admettre cette diapédèse globulaire,

1. Voisin, *loc, cit.*, p. 24.
2. Juillet (1854), 2e série, t. II, p. 157.

cette pluie sanguine fournie par les petits vaisseaux de la séreuse péritonéale, alors qu'elle est absolument saine, qu'il n'existe nulle part de trace d'inflammation intérieure, de néo-membranes susceptibles de fournir du sang? Que l'on se reporte d'autre part à la rapidité, à l'abondance de l'épanchement et l'on reconnaîtra sans peine que cette hypothèse est complétement inadmissible.

Dans les trois autopsies, nous ne trouvons signalée que l'absence d'altérations des ovaires; nous ignorons absolument, les détails des autopsies faisant défaut, si l'on s'est préoccupé des lésions des autres organes. Parfois, le siége de l'hémorrhagie, pour maintes raisons, peut être difficilement reconnu, et récemment, dans un cas de ce genre rapporté par W. Tomkins [1], malgré tout le soin apporté à l'autopsie, on ne put découvrir la source de l'hémorrhagie.

De tels faits sont certainement exceptionnels, et si l'autopsie ne donne pas une démonstration claire du mécanisme de l'hématocèle, il vaut mieux s'abstenir de toute explication que formuler une hypothèse en opposition avec nos connaissances anatomiques et physiologiques.

L'injection d'un liquide coloré dans les vaisseaux avoisinants nous paraît être le moyen le plus sûr de trouver au-dessous du sang épanché la déchirure vasculaire qui lui a donné issue. Dans nombre de cas, l'autopsie a permis d'indiquer la cause de l'hémorrhagie. Nos recherches bibliographiques portent à cinq le chiffre des observations où on a pu admettre l'hypothèse d'une exhalation sanguine péritonéale en dehors de toute inflammation de cette séreuse : une observation de Le Chaptois [2], trois cas de A. Tardieu et une dernière observation de W. Tomkins.

1. *Case of hemorrhage into the peritoenal cavity. British medical Journal*, 11 janvier 1873.

2. Le Chaptois. *Archives générales de médecine*, 3e série, t. V, p. 230, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1839.

Ces observations ne sauraient entraîner la conviction, d'autant mieux que, dans des circonstances analogues, l'autopsie a révélé parfois des ruptures vasculaires bien en dehors de la sphère génitale. Chaussier, le premier (*Mémoires et Consultations de médecine légale*), a signalé la mort subite dans ce genre d'hémorrhagie interne.

« Une femme, enceinte de cinq mois environ, fait un voyage, qui dure une partie de la journée, sur un chemin rempli d'ornières, dans une charrette non suspendue ; elle est rudement cahotée, en éprouve une grande fatigue et meurt subitement la nuit suivante.

« Il y avait dans la partie profonde de l'abdomen, sous le péritoine, du côté droit, une grande quantité de sang noir, en partie fluide, en partie coagulé, qui était infiltré, ramassé en foyer; il formait une longue et large tumeur qui, de la fosse iliaque du côté droit, s'élevait jusqu'à la hauteur du rein et avait près de cinq pouces de largeur. Nous reconnûmes évidemment que l'effusion du sang avait été produite par la rupture d'une des veines de l'ovaire droit. »

Ces faits intéressent particulièrement le médecin légiste ; dans les deux cas de M. Tardieu, on soupçonna un empoisonnement et des poursuites judiciaires furent exercées.

Chez une femme dont l'autopsie avait été demandée par la justice, M. Gallard [1] reconnut que la mort avait été causée pa une véritable apoplexie intra-péritonéale, dépendant de la rupture spontanée d'une artère athéromateuse.

Voici, du reste, le résumé de cette observation :

A la suite d'une querelle dans laquelle on n'a pas pu savoir au juste s'il y avait eu ou non rixes et voies de fait, une femme de cinquante-cinq à soixante ans se plaint de suffocations, de douleurs abdominables, puis est prise de syncope et succombe

1. *Association française pour l'avancement des sciences.* Congrès de Clermont-Ferrand, 1876.

en moins de trente-six heures. A l'autopsie, M. Gallard ne trouva aucune trace extérieure de plaie ou de contusion, pas la moindre ecchymose à la surface du corps.

Le sang, accumulé dans le bassin, remontait le long de la fosse iliaque droite et formait un caillot étendu.

Ce sang avait été fourni par un des vaisseaux courts; et ni la rate ni l'estomac ne présentaient la moindre altération anatomique.

Toutes les artères étaient friables, la plupart étaient athéromateuses, traces incontestables d'alcoolisme dans d'autres organes.

M. Gallard en conclut : que la lésion de l'artère qui avait donné lieu à cette hémorrhagie n'était pas la conséquence d'un traumatisme, mais que la rupture, due à la fragilité du vaisseau, s'était produite spontanément, sous l'influence d'un excès de tension artérielle, qui avait pu être la conséquence d'une violente émotion morale, d'un accès de colère.

II. — *Pelvi-péritonite hémorrhagique.*

A côté de cette dernière théorie, se place une opinion beaucoup plus vraisemblable sur un certain mode de formation de l'hématocèle intra-péritonéale. Nous voulons parler de l'enkystement du sang épanché par suite de la rupture de fausses membranes vasculaires, consécutives à une pelvi-péritonite.

La question est bien simple. Existe-t-il une pelvi-péritonite hémorrhagique au même titre qu'il existe une vaginalite, une pachy-méningite, une pleurésie hémorrhagique?

L'analogie, l'anatomie pathologique, la clinique nous serviront de guide et nous permettront d'accepter ou non, comme cause d'hématocèle, la déchirure des néo-membranes qui accompagnent toute péritonite plastique adhésive.

Ferber[1] a le premier fait jouer un rôle dans la production

1. Ferber. *Archiv. der Heilkunde*, *1862*, 8e année, 5e livraison, t. III, p. 131.

de l'hématocèle à ces fausses membranes pelviennes, mais cette manière de voir, basée sur des observations très-incomplètes, ne fut véritablement mise en relief que par l'appui de Virchow, dont elle a pris, du reste, le nom.

A la page 147 de son *Traité des tumeurs*[1], ce dernier auteur s'exprime ainsi : « Il peut arriver que la péritonite rétro-utérine, semblable en cela à la pachy-méningite, produise des pseudo-membranes, et que l'extravasation qui se fait plus tard par les vaisseaux de la pseudo-membrane se dépose entre les feuillets de celle-ci, et qu'il en résulte une hématome rétro-utérine enkystée. D'ordinaire, le sang provient entièrement ou en grande partie des vaisseaux de nouvelle formation, situés dans les couches résultant de péritonites partielles des excavations. »

Cette théorie, quoique admise en principe par la plupart des gynécologistes français et étrangers, resta longtemps sans démonstration péremptoire, et encore, à l'heure actuelle, ne trouvons-nous aucune autopsie confirmative. Cependant, dans ces deux dernières années, on a cherché à établir, surtout cliniquement, l'hématocèle d'origine néo-membraneuse. Crédé [2] a rapporté une observation concluante; dans sa thèse inaugurale, M. Drapier [3] a réuni des matériaux pouvant servir à l'édification de cette théorie, et récemment, M. Jules Besnier [4] dans un important travail, s'est proposé de constituer l'histoire complète de cette variété d'hématocèle.

Plusieurs raisons militent en faveur de la pachy-péritonite hémorrhagique, ainsi que la désigne M. Besnier.

Pourquoi ne se passerait-il pas du côté du péritoine pelvien,

1. Virchow. *Pathologie des tumeurs*, 1867.

2. *Monatschrift für Geburhkund. Frauenkrankosten*, IX, p. 3.

3. Drapier. *Considérations sur l'hématocèle rétro-utérine consécutive à la pelvi-péritonite*. Thèse, Paris, 1876.

4. *Contribution à l'étude des hématocèles péri-utérines et notamment de l'hématocèle par néo-membranes pelviennes. De la pachy-péritonite hémorrhagique*. — *Annales de gynécologie*, 1877.

de cette vaginale féminine, ce qui arrive pour d'autres séreuses atteintes de phlegmasies hémorrhagiques, et ce que M. Gosselin a si bien décrit à propos de l'hématocèle de la tunique vaginale? Les recherches de M. Bernutz n'ont-elles pas établi la fréquence de la pelvi-péritonite?

Ferber, dans son Mémoire, dit avoir examiné avec le plus grand soin la cavité pelvienne d'un grand nombre (indéterminé) de femmes ayant succombé à des affections diverses. Ne tenant compte que des femmes âgées de trente à quarante-deux ans, il aurait trouvé dans un tiers de cas environ des traces incontestables, ou du moins de simples vestiges de pelvi-péritonite. Sur quinze femmes qu'il a examinées également avec soin, Drapier a rencontré dans deux cas seulement les lésions signalées par Ferber. Elles se présentent sous des formes diverses : 1° plaques congestives avec ou sans épaississement du péritoine; 2° néo-membranes circonscrites vascularisées ; 3° plaques pigmentaires réticulées; 4° hématomes circonscrits ; elles ont pour siége de prédilection la face postérieure de l'utérus.

Friedreich [1] a, dans ces dernières années, insisté sur une forme particulière de péritonite hémorrhagique. Les fausses membranes formant des couches stratifiées étaient remarquables par leur grande vascularisation, le sang s'épanchait entre elles, et non dans la cavité péritonéale, donnant ainsi naissance à de véritables kystes sanguins. Ces fausses membranes péritonéales offraient de telles analogies avec celles de la pachy-méningite chronique hémorrhagique, qu'on ne pouvait, au dire de Friedreich, es distinguer les unes des autres soit à l'œil nu, soit au microscope.

Dans la péritonite chronique ou tuberculeuse, il existe fréquemment dans le cul-de-sac de Douglas des adhérences, des

1. *Ueber eine besandere Form chronischer hämorrhagischer peritonitis und über das Hömaton, des Bauchfells.* (Virchow's, *Archiv.* 1873, t. VIII.)

néo-membranes très-vasculaires, se déchirant à la moindre traction et circonscrivant des vascuoles plus ou moins profondes, remplies d'un liquide rosé, sanguinolent.

La présence chez l'homme d'hématomes recto-vésicaux, fait rare, plaide également, suivant Virchow [1], en faveur de la pelvi-péritonite hémorrhagique, susceptible de produire chez la femme une hématocèle péri-utérine.

L'hémorrhagie peut avoir lieu dans les feuillets des néo-membranes de la pelvi-péritonite, ou dans les aréoles qu'elles circonscrivent; d'autre part, il semble permis de rattacher des épanchements libres dans le péritoine pelvien à la rupture immédiate ou consécutive de la coque néo-membraneuse de ces hématomes. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, l'extravasat sanguin produit par la rupture à la surface des fausses membranes, des vaisseaux de nouvelle formation, a lieu parfois dans une pelvi-péritonite avec épanchement séreux plus ou moins abondant, l'hydrocèle se transforme en hématocèle; on se trouve en présence d'une hydro-hématocèle.

Le sang peut, d'autre part, faire irruption dans des poches kystiques d'origine inflammatoire occupant l'excavation pelvienne et remplies de sérosité, de sérosité purulente, de pus. La consistance, la couleur du liquide, varieront suivant la proportion dans laquelle s'est opéré ce mélange [2]. Crédé ayant pratiqué la ponction d'une tumeur située dans le cul-de-sac de Douglas, vit s'écouler par le trocart d'abord un sérum clair, puis un sérum coloré, enfin du sang pur. Réuni dans un verre, le liquide, du volume de huit onces, formait un petit caillot dans beaucoup de sérum.

Une nouvelle ponction fut faite deux jours après, elle donna issue à une telle quantité de sang pur coagulable qu'on dut retirer le trocart.

1. Virchow. *Die Krankheiten Geschwülte.* Berlin, 1663, t. I, p. 149 à 153.

2. *Loc. cit.*

Ce fait a une importance réelle, il établit clairement, au même titre qu'une autopsie, l'origine du sang recueilli par une deuxième ponction. Dans la pelvi-péritonite, les vaisseaux de nouvelle formation ont des parois souvent molles, peu résistantes. Formées par un tissu embryonnaire friable, elles sont susceptibles de se rompre sous l'influence d'une pression sanguine un peu forte, qu'elle reconnaisse pour cause un choc, un effort ou bien et surtout les phénomènes congestifs qui accompagnent l'ovulation.

Il est probable que ces déchirures vasculaires fournissent quelquefois une quantité considérable de sang, et déterminent des hématocèles volumineuses ; l'hémostase doit, en effet, se faire difficilement, les vaisseaux nouveaux, en raison même de leur structure, n'ont qu'une rétractilité et une contractilité très-incomplètes et il paraît en outre rationnel de supposer que, dans les hématocèles à contenu abondant, la déchirure a porté sur un groupe considérable de vaisseaux. Deux phénomènes rendent compte de la formation possible des hématocèles à la suite de la rupture de ces petits vaisseaux : la congestion physiologique qui accompagne la menstruation, la difficulté de l'hémostase.

D'autres circonstances plaident encore en faveur de l'épanchement sanguin par la pelvi-péritonite, l'apparition de la tumeur aux époques intermenstruelles, des troubles cataméniaux, mais surtout des signes d'affections anciennes de l'utérus ou de ses annexes. L'hématocèle survient rarement chez une femme en pleine santé, c'est-à-dire indemne jusqu'alors de tout accident du côté de l'appareil génital interne : avortement, suites de couches douloureuses, etc. Presque toujours il existe des troubles de la menstruation et depuis un temps plus ou moins long les malades se plaignent de douleurs, d'accidents divers qui font soupçonner une lésion quelconque d'une partie du système utérin.

Schroeder va plus loin, il croit qu'une tumeur produite par une collection sanguine que l'on peut sentir dans le vagin, ne doit se présenter que dans le cas où une cavité est formée

d'avance pour contenir le sang épanché. L'hématocèle exigerait donc d'abord pour se produire l'occlusion à sa partie supérieure de la cavité de Douglas par une péritonite adhésive partielle.

M. Jules Besnier[1], dans son Mémoire fort intéressant sur la pachy-péritonite hémorrhagique, rapporte plusieurs observations où la déchirure de néo-membranes vasculaires paraît être la seule explication plausible de la tumeur sanguine. Déjà, dans un cas rapporté par Bouvyer[2], la malade atteinte depuis plusieurs mois de troubles du côté de la menstruation, de douleurs abdominales, présenta une hématocèle rétro-utérine, alors que l'examen pratiqué quelques jours auparavant permettait d'affirmer qu'il n'existait pas de tumeur dans le voisinage de l'utérus.

A l'autopsie pratiquée trois mois et demi après environ, on trouva deux masses sanguines enkystées. Ces tumeurs siégeaient dans l'excavation pelvienne, en arrière de l'utérus, mais elles occupaient une situation anormale. Le sang épanché n'avait pas suivi les lois de la pesanteur et dans la relation de l'autopsie, il est noté que l'extrémité inférieure d'un des kystes, le plus grand, était plus élevé que la partie la plus déclive du cul-de-sac utéro-rectal. On le reconnaîtra sans peine, il est difficile de ne pas établir entre les fausses membranes et l'hématocèle une relation de cause à effet, — l'observation de M. Besnier fait naître la conviction ; c'est la seule façon, en effet, d'interpréter les phénomènes cliniques, de se rendre compte de la marche de l'affection. Une hématocèle survient dans le cours d'une pelvi-péritonite, devons-nous ne voir là qu'un simple phénomène de coïncidence? Nous ne le pensons pas, l'hématocèle par néo-membranes pelviennes peut seule expliquer cliniquement la filiation de certains accidents, le développement, l'évolution de la tumeur ; elle débute, dit M. Besnier « par une pelvi-péri-

1. *Loc. cit.*

2. *Bulletin de la Société anatomique de Paris.* Rapport de M. Gallard, XXX[e] année, 1855, p. 388.

tonite primitive ou secondaire, menstruelle ou intermenstruelle, qui est bénigne ou modérée à son apparition, et va en s'aggravant progressivement ou par saccades. Dans ces hématocèles bien distinctes des hématocèles à début brusque et violent et à terminaison fatale, la tumeur hématique, signe pathognomonique de l'affection, n'est constatée ou ne peut être affirmée que tardivement au début des accidents, et la terminaison favorable est la règle. » R. Chrolok[1] rapporte deux observations de pelvi-péritonite par infection blennorrhagique qui s'accompagnèrent d'une hématocèle. Nous n'avons pu lire qu'une analyse de son mémoire et nous ignorons si ces deux cas sont bien probants.

Par des observations recueillies avec soin, mais surtout par des nécropsies bien faites, dans lesquelles on examinera attentivement l'état des organes de l'excavation pelvienne, qui auraient pu être la source de l'hémorrhagie, on arrivera, tout au moins par exclusion, à établir plus positivement encore le rôle, la fréquence de la pachy-péritonite dans la production de l'hématocèle.

III.

RUPTURE DU PLEXUS UTÉRO-OVARIEN.

La déchirure d'une veine variqueuse du plexus utéro-ovarien a été signalée pour la première fois par Ollivier (d'Angers)[2], comme susceptible de donner lieu à une hémorrhagie intra-pelvienne. Il rapporte deux observations très-instructives avec autopsie, dans lesquelles la déchirure du plexus pampiniforme fut la seule lésion rencontrée ; la mort était survenue très-peu

1. *Zur Œtiologie der Hematocele retro-uterine wiener medizinische Presse.* Janv., 1874.

2. Ollivier (d'Angers). *Note sur un cas de grossesse tubaire avec quelques observations sur une cause particulière d'hémorrhagie interne chez la femme.* (*Arch. génér. de méd.,* 2e série, 1834, t. V, p. 403.)

de temps, quatre à cinq heures, après le début des accidents. L'auteur conclut que la dilatation variqueuse et la rupture des veines utéro-ovariennes peuvent s'observer pendant la grossesse et dans l'état de vacuité.

Tilt[1], dans son résumé des travaux français sur l'hématocèle, a fourni les causes de la rupture des veines variqueuses tubo-ovariennes, mais c'est à M. le professeur Richet que nous devons des notions précises sur la disposition des vaisseaux du plexus utéro-ovarien, sur les varicosités dont ces veines sont parfois atteintes et la possibilité de leur rupture comme source d'hématocèle. En 1858, Devalz[2] donnait une description complète des veines du bassin et spécialement du plexus utéro-ovarien, à l'aide d'une série de pièces injectées et disséquées pour un concours du prosectorat, il développait les idées de son maître M. Richet et cherchait à démontrer que l'hématocèle était souvent due à la rupture des veines variqueuses du plexus utéro-ovarien, varices dont il affirmait la fréquence. Vers la même époque, M. Puech[3], dans son mémoire : *De l'hématocèle péri-utérine et de ses sources*, donnait la description de deux hématocèles dues à des altérations variqueuses des veines des ligaments larges. Dans douze cas, dit M. Courty[4], l'hémorrhagie a amené la mort rapidement; dans d'autres, au contraire, parmi lesquels il faut citer le fait de Saexinger[5], elle a été suivie de la formation d'une hématocèle péri-utérine. Un cas récent a été observé par M. Maschka[6], la mort fut causée par la déchirure d'une veine variqueuse tenant au fond de l'utérus.

L'expression de varicocèle ovarien doit être conservée, elle

1. *Pathology and treatment of sanguineous pelvic tumours*, p. 262.

2. *Du varicocèle ovarien et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine*. Thèse, Paris, 1858.

3. Académie des sciences, 22 février 1858.

4. *Loc. cit.*, p. 1043.

5. *Monatschrift für Geburtsk, 1864*, t. XXIII, p. 476.

6. *Wiener medizinische Wochenschrift, 1868*, n° 102.

a l'avantage de rappeler une lésion analogue chez l'homme, la dilatation variqueuse des veines spermatiques, affection qui n'est pas rare, et, par cela même, d'indiquer nettement à l'esprit l'état du plexus veineux utéro-ovarien. Des faits cliniques, mais surtout des autopsies ne laissent pas de doute sur la possibilité de l'hématocèle par rupture de ces veines, situées dans l'épaisseur des ligaments larges ; nous ne pouvons entrer dans le détail de quelques-unes de ces observations que l'on trouvera, du reste, analysées, peut-être trop succinctement dans la thèse de Devalz[1]. L'état variqueux est loin d'être toujours indiqué et il est probable que dans beaucoup de cas les parois veineuses n'avaient subi d'autres modifications qu'une distension plus ou moins considérable, due à la stase sanguine, à la gêne de la circulation en retour. Dans son mémoire : Sur la rupture du plexus utéro-ovarien et le trombus intra-pelvien qui en est la suite, M. Puech (Académie des sciences, 28 juin 1858) pose comme conclusion : que l'état variqueux n'est pas nécessaire : noté dans quatre observations, il a fait défaut dans le plus grand nombre des cas. Il ne suffit pas qu'une veine soit volumineuse, sinueuse pour la qualifier de varice, il faut que sa paroi vasculaire ait subi des altérations bien connues aujourd'hui, grâce aux recherches histologiques.

Les veines des ligaments larges n'ont jamais été alors, que nous sachions, examinées histologiquement, et il serait utile de constater d'une façon positive le genre de lésion qu'elles ont subi.

La tunique moyenne a-t-elle disparu par place ou complétement ? sommes-nous en présence de cette phlébite chronique qui constitue l'altération variqueuse et qui a pour siége surtout la couche musculo-élastique, ou bien n'y a-t-il pas eu antérieurement de la pelvi-péritonite, des phénomènes inflammatoires du côté des ligaments larges et momentanément une

1. *Loc. cit.*, p. 38.

vascularisation exagérée, une périphlébite de voisinage, toutes causes prédisposant à la rupture ?

Ce sont là autant de points intéressants à connaître.

Dans la plupart des cas, l'hématocèle est dite intra-péritonéale, et l'on ne parle que de la déchirure d'une veine du plexus utéro-ovarien. Il semble que le sang soit versé directement dans le péritoine ; on ne paraît pas tenir un compte suffisant du siége du vaisseau déchiré, du mode d'écoulement du sang; en un mot, on aurait de la tendance à croire que, les vaisseaux rampant à la surface interne de la séreuse, la rupture de leur tunique permet l'épanchement d'emblée dans le péritoine. S'il en est ainsi parfois, ce que nous ne contestons pas, on ne se trouve certainement pas en présence de simples dilatations variqueuses, car alors les feuillets péritonéaux qui forment les ligaments larges ne peuvent céder devant le liquide épanché ; leur structure sur laquelle nous avons longuement insisté, les résultats fournis par l'expérimentation, sont garants de leur résistance : la tumeur sanguine doit être extra-péritonéale. Elle le sera d'autant plus facilement, que l'infiltration sanguine trouve une voie facile dans le tissu cellulaire intra-ligamenteux, la laxité de ce tissu est encore accrue par les phénomènes congestifs, les troubles circulatoires dont cette région est le siége.

Plusieurs fois on a trouvé à l'autopsie de petits hématomes dans l'épaisseur des ligaments larges : M. Richet en a cité des exemples.

Les effusions sanguines dont nous venons de parler doivent donc former des hématocèles extra-péritonéales, et il est probable que, lorsque la rupture d'un des vaisseaux du plexus pampiniforme de la femme détermine un épanchement sanguin intra-abdominal, la séreuse n'était pas indemne de toute altération.

La rupture sanguine dans le péritoine s'expliquera d'autant plus facilement que l'on admettra, ce qui n'a point été jusqu'ici l'objet de recherches suffisantes, des phénomènes inflammatoires préalables du côté des annexes et du péritoine pelvien. On com-

prend alors que, sous l'influence de l'inflammation, la résistance de la séreuse péritonéale soit moindre, et que par une déchirure elle livre passage au sang d'abord situé en dehors d'elle.

IV.

REFLUX DU SANG DE L'UTÉRUS DANS LA TROMPE ET LE PÉRITOINE.

Dans un mémoire publié en 1848 [1] sur la rétention des menstrues, M. Bernutz a émis l'opinion que le sang accumulé dans la cavité utérine, le canal cervico-utérin étant fermé, pouvait s'engager dans les trompes et tomber dans le péritoine. Tous les gynécologistes admettent la possibilité de ce passage du sang menstruel dans les trompes, lorsqu'il existe un rétrécissement ou une oblitération plus ou moins complète du conduit vulvo-utérin, que l'obstacle soit congénial ou acquis.

Des observations nombreuses démontrent surabondamment ce mécanisme de l'hématocèle ; on connaît le cas de Decès reproduit partout. Il existait chez sa malade un utérus et un vagin doubles, avec absence d'ouverture d'un de ces vagins à l'extérieur. Le sang menstruel s'amassa du côté imperforé dans la cavité vaginale, puis dans l'utérus et dans la trompe ; la rupture de ce kyste tubaire entraîna une péritonite suraiguë promptement mortelle.

M. Bernutz [2] relate plusieurs observations non moins concluantes, se rattachant à des imperforations de l'hymen, du vagin ou de l'utérus, et dont le véritable intérêt siége dans les accidents plus ou moins longs qui précèdent l'épanchement sanguin et dans l'intervention chirurgicale variable avec chaque cas.

1. *Archiv. génér. de méd., 1848,* XVII, 129, 433 ; XVIII, 405 ; XIX, 186. *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel.*

2. *Clinique médicale sur les maladies des femmes.* Bernutz et Goupil, 1860.

Des observations de Ruysch[1], Frank[2], Haller[3], etc., tendraient à faire admettre ce passage du sang dans la cavité péritonéale, alors qu'il n'existe aucune malformation ou rétrécissement acquis du canal utéro-vulvaire. Aran, Bernutz et Goupil, Hélie de Nantes, avaient eu l'occasion d'observer ce reflux de sang dans les trompes dilatées.

Des arguments de valeur puisés dans une observation clinique judicieuse ont été apportés par M. Bernutz à l'appui de son opinion, et cependant tous les doutes n'ont pas été levés; c'est qu'en effet les autopsies confirmatives font défaut ou ne sont pas suffisamment concluantes, et, d'autre part, des objections sérieuses tirées de l'anatomie et de la physiologie ont été mises en avant par les adversaires de la théorie *du reflux*, ainsi que la désignait Aran.

Un premier point sur lequel s'appuie la théorie de M. Bernutz doit être élucidé; la lumière du canal cervico-utérin peut-elle être fermée par suite d'un obstacle dépendant de la contractilité utérine? Faut-il admettre pendant la menstruation un spasme du col utérin qui s'oppose à l'issue des menstrues dans le vagin? Toute la théorie de M. Bernutz[4] est dans ce fait : la constriction spasmodique du col, car, alors même que cette cause ne serait point la seule, il la fait intervenir comme adjuvante, dans certains cas de rétrécissements acquis, d'hypertrophie du col, de dysménorrhée pseudo-membraneuse, etc.

Nous avons vainement cherché les preuves positives d'une telle manière de voir; les observations citées ne justifieraient pas

1. *Observationum anatomico-chirurgicatorum centuria*, p. 115. Amsterdam, 1691.
2. T. II, p. 267, édition française de Double. Paris, 1842.
3. *Traité de physiologie*.
4. M. Bernutz est loin cependant d'être exclusif sur les causes, le mécanisme de l'hémorrhagie; quoique, penchant dans un grand nombre de cas pour le reflux du sang menstruel, il ne méconnaît pas les autres sources de l'hématocèle. On pourra juger de son éclectisme par la lecture du *Traité de clinique médicale sur les maladies des femmes*.

le moins du monde cette opinion, et suivant M. le professeur Courty [1], « elles paraissent se rapporter à des cas de congestion sanguine du système utérin. » Non-seulement ces faits sont susceptibles d'une autre interprétation, mais nous ne nous expliquons pas, soit la contraction spasmodique localisée au col seul, soit la persistance du spasme susceptible de laisser s'écouler dans la cavité péritonéale plusieurs centaines de grammes de sang. Dans les hématocèles par atrésie des voies génitales, il a fallu, du reste, des mois, des années pour que le sang retenu dans la cavité utérine amenât par suite de l'apport de chaque période menstruelle la dilatation de cet organe, et en dernier lieu le reflux du liquide dans la trompe.

En 1856, Nélaton a opéré une jeune fille de vingt-trois ans d'une oblitération congénitale de l'utérus. Pendant huit années il y avait eu accumulation du sang menstruel avec dilatation considérable de l'utérus, mais il n'existait aucun épanchement sanguin dans le péritoine.

Nous savons, du reste, par l'excellent mémoire de M. Puech [2], que dans les rétrécissements, les oblitérations des voies génitales, c'est-à-dire dans les cas les plus favorables au passage du sang dans la trompe, ce reflux du sang menstruel est excessivement rare ; il n'a eu lieu que 16 fois sur 310 observations. Avant que le sang ne fît irruption dans la cavité péritonéale, les malades avaient présenté des accidents divers dus à la rétention menstruelle ; à chaque poussée cataméniale elles avaient enduré de violentes douleurs, des phénomènes de péritonite étaient survenus, et ce n'est qu'après un temps plus ou moins long qu'apparaissait l'hématocèle.

Les derniers arguments que nous avons à faire valoir contre la théorie de M. Bernutz ont été mis en avant par MM. Richet, Gallard, Raciborski, par M. le professeur Guyon [3] qui, dans sa

1. *Loc. cit.*, p. 1040.
2. *Des atrésies des voies génitales.* Paris, 1863, p. 61.
3. Guyon. Thèse de Paris, 1858, p. 45-46.

thèse inaugurale, a insisté sur la disposition des *ostia uterina*, leur peu de perméabilité ; conditions éminemment défavorables, même sous l'impulsion des contractions utérines, au passage d'une certaine quantité de sang.

Nous pourrions encore invoquer les résultats négatifs des injections poussées avec violence dans la cavité utérine et montrer combien le sang est peu propre, en raison de sa coagulabilité, à opérer cette migration.

Nous n'ignorons pas qu'il est arrivé parfois de prendre en quelque sorte sur le vif, le passage du liquide sanguin, et dans une observation avec autopsie, communiquée à la Société anatomique par M. Spiess[1], un caillot s'étendait des deux cinquièmes internes de la trompe droite à la cavité utérine. Il s'agissait d'une jeune fille qui, atteinte d'une varioloïde coïncidant avec une époque menstruelle, succomba le septième jour. Malheureusement pour la théorie, le cas est complexe, et dans toutes ces affections graves, de nature virulente ou septicémique, des congestions se produisent aisément sur divers organes.

Dans l'autopsie présente, nous ne voyons pas pourquoi, par exemple, le sang ne fût pas venu aussi bien de la trompe que de la muqueuse utérine.

Nous ne voulons pas prolonger cette discussion, et entrer dans l'analyse de chaque fait spécial qui sert de base à la théorie du reflux ; il nous semble suffisamment prouvé que, dans la grande majorité des cas, l'hématocèle péri-utérine ne reconnaît pas ce mécanisme. Signalons une observation curieuse de Lawson Fait, publiée dans un des derniers numéros du *British medical Journal*[2]. L'auteur l'intitule : *Rétention des menstrues dans la trompe de Fallope* ; il s'agissait d'un kyste sanguin de cet organe, ainsi que le prouva la gastrotomie qui fut pratiquée. La malade guérit.

1. *Bulletin de la Société anatomique, 1865,* p. 143.
2. *British medical Journal, 1878,* mai, p. 677.

V.

HÉMORRHAGIE TUBAIRE.

La trompe peut-elle être le point de départ d'une hémorrhagie intra-pelvienne et consécutivement d'une hématocèle? Pour répondre à une telle question, il faut considérer les observations diverses qui ont été publiées comme démonstration, et surtout baser son opinion sur le résultat des autopsies.

Dès 1853, Tilt [1] signalait dans son ouvrage un cas d'hémorrhagie tubaire dont il empruntait la description à Switz, et, quelques années plus tard, M. Puech [2], dans un travail remarquable sur ce point particulier de pathogénie, rassemblait six observations de rupture de la trompe; il établissait d'une façon positive, et sa première observation avec autopsie en fait foi, l'existence de l'hématocèle par hémorrhagie tubaire.

Envisagée d'une façon générale, l'hémorrhagie par la trompe n'est pas discutable, mais là n'est pas toute la solution de la question. La cause de l'hémorrhagie est-elle unique? Quel en est le mécanisme? Diverses explications ont été proposées et nous devons les discuter.

Trousseau [3] admettait deux espèces principales d'hématocèle : l'une qui avait son origine dans l'ovaire, c'était l'hématocèle ovarienne; l'autre qu'il désignait sous le nom d'hématocèle cataméniale ou tubaire, voulant, par le nom de cataméniale, indiquer clairement qu'il s'agit d'une hémorrhagie de la membrane muqueuse de la trompe ou du pavillon et qu'elle a lieu au moment de l'écoulement menstruel. Cette dernière variété

1. Tilt. *Loc. cit.*, p. 258. Londres, 1853.
2. Puech. *Loc. cit.* Montpellier, 1858.
3. *Loc*, *cit.*, p. 606.

d'hématocèle serait de beaucoup, d'après Trousseau, la plus fréquente ; elle aurait moins de gravité que la première et se terminerait rarement par la mort. Cette relation entre la menstruation et l'hémorrhagie tubaire était assurément très-séduisante ; les recherches anatomiques et physiologiques semblaient alors la confirmer, mais si l'ovaire et ses annexes, utérus, trompes, ligaments larges, par leurs vaisseaux dépendant du même plexus, sont constamment placés dans une intime corrélation fonctionnelle, le fait fondamental sur lequel s'appuyait la théorie Trousseau est encore à prouver ; rien ne démontre qu'au moment des règles, il se passe plus ou moins du côté de la trompe ce qui se produit du côté de la muqueuse utérine. La transsudation tubaire cataméniale attend une démonstration.

Nous n'avons pas à revenir sur la communication de M. Herrgott, dont nous avons parlé dans nos considérations anatomiques et physiologiques ; c'est qu'en effet, cette exsudation sanguine par la trompe au moment des règles a besoin d'être confirmée, et d'autre part, en admettant son existence, elle ne serait pas à l'abri de toute objection. De ce qu'une trompe déplacée, emprisonnée dans une cicatrice, tiraillée à chaque mouvement respiratoire et autre, fournit un peu de sang, alors qu'en harmonie avec tout le système utérin elle est le siége de la phlogose physiologique, il ne s'ensuit pas qu'à l'état normal les choses doivent se passer ainsi.

Suppose-t-on, ce que l'on rencontre fréquemment : des lésions inflammatoires aiguës ou chroniques d'une trompe, les termes du problème sont changés. Il faut tenir compte du nouveau facteur qui est intervenu, car, de même que les ovarites, les salpingites sont parfois le point de départ d'hémorrhagie, et cela, nous le répétons, de préférence à l'époque des règles.

Les affections chroniques de l'utérus ou de l'ovaire sont également susceptibles de provoquer et d'entretenir des phénomènes congestifs du côté de la muqueuse tubaire, les vais-

seaux devenus friables sont alors plus exposés à se rompre sous l'influence de causes accidentelles.

Le sang est parfois déversé directement dans le péritoine, mais souvent il s'accumule dans l'oviducte par suite de l'oblitération du conduit en un point de son trajet; la trompe se laisse alors plus ou moins distendre, formant un véritable kyste sanguin dont la rupture sous une poussée nouvelle déterminera, suivant son siége, une hémorrhagie intra ou extra-péritonéale. Dans quelques cas, les deux variétés de siége sont réunies. Une pièce pathologique, présentée à la Société anatomique par M. Seuvre[1], est un bel exemple d'hémorrhagie intra et extra-péritonéale par déchirure de la trompe. Nous pourrions multiplier les exemples d'épanchement sanguin d'origine tubaire; dans beaucoup de cas, l'hémorrhagie a été très-abondante, il y a eu des accidents graves. La rapidité des accidents, leur caractère ont été tels que parfois on a pu croire à un empoisonnement. Pauli[2] a cité une observation où, à l'autopsie médico-légale d'une femme de trente-six ans, qui avait succombé avec des accidents péritonéaux dont le début ne remontait qu'à vingt heures, on trouva comme seule cause de la mort la déchirure d'une trompe avec épanchement sanguin très-abondant, alors que l'on supposait un empoisonnement. Mais à côté de ces hémorrhagies internes promptement mortelles, où le sang n'a pas eu le temps de s'enkyster, se trouvent des tumeurs hématiques péri-utérines d'origine tubaire; Follin[3], Oulmont[4], etc., en ont rapporté des exemples. M. A. Voisin a présenté à la Société anatomique une pièce d'hématocèle latéro-utérine[5], dont le sang avait été fourni par la trompe.

1. *Société anatomique*, 7 fév., 1873, et *Gazet. des Hôpitaux*, 1873.
2. *Gazette des Hôpitaux*, 1847, p. 155.
3. *Id.*, 1855, p. 403.
4. *Union médicale*, 1858, p. 530.
5. *Bullet. de la Soc. anatom.*, 1869.

Une des variétés les plus importantes d'hémorrhagie tubaire est certainement celle que Trousseau désigne sous le nom de *cachectique*, et que M. Bernutz fait rentrer dans la grande classe des *hématocèles métrorrhagiques*; elles reconnaissent toutes pour cause une exagération de l'exhalation sanguine dévolue aux organes génitaux féminins. Ce sont des hématocèles métrorrhagiques symptomatiques de pyrexies; on les rencontre dans les cas de rougeole, de variole, de scarlatine, de fièvre typhoïde, de purpura, d'ictère malin, etc. Ces maladies graves modifient profondément la composition du sang; elles augmentent sa fluidité, d'où les extravasations sanguines dans divers organes et spécialement du côté des membranes muqueuses, etc. Barlow, Simpson, Hélie (de Nantes), Laboulbène, ont cité des observations on ne peut plus probantes. Fenerly [1], dans sa thèse, insiste sur ces épistaxis tubaires, et Scanzoni [2] cite trois autopsies à l'appui de ce genre d'hémorrhagie. Une jeune fille de vingt-deux ans, atteinte de rougeole, succomba immédiatement après le début de ses règles avec tous les symptômes d'une péritonite aiguë; on ne constata à l'autopsie d'autre cause de mort qu'une hémorrhagie de la trompe gauche.

Souvent ces hémorrhagies internes amènent en peu d'heures un dénoûment fatal, et l'enkystement du sang épanché, l'hématocèle, en un mot, n'a pas le temps de se produire. Dans quelques cas cependant, lorsque l'hémorrhagie n'est pas trop abondante, une tumeur a pu se former, ainsi que le démontrent les observations de Follin, Oulmont [3]; mais le plus habituellement l'épanchement sanguin constitue une complication très-grave, rapidement mortelle. Dans le cours d'une fièvre typhoïde, une hémorrhagie interne a dû plus d'une fois être confondue avec une

1. Fenerly. Thèse, Paris, 1855.
2. *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*. Paris, 1878.
3. *Loc. cit.*

perforation intestinale, et cela lorsque la malade a survécu. Le tableau symptomatique de l'une et de l'autre complication est, en effet, le même, et il est probable que certaines malades, atteintes d'une fièvre typhoïde et dites guéries d'une perforation intestinale, ont eu une hémorrhagie intra-péritonéale, comparable aux hémorrhagies d'autres régions et peut-être le plus habituellement d'origine tubaire. Cette idée nous paraît avoir été émise pour la première fois dans un mémoire de Robert Barnes[1] ; nous aurons occasion d'y revenir plus tard à propos de la symptomatologie.

La marche du sang dans la trompe ne nous occupera pas. Suivant une foule de circonstances dont l'analyse nous importe peu, le sang pourra, en effet, refluer par les *ostia uterina*, ou, comme nous l'avons dit, par l'ouverture abdominale de la trompe, ou enfin distendre cet organe dont la rupture entraînera, suivant son siége, une hématocèle intra ou extra-péritonéale. La déchirure de l'oviducte reconnaît le plus ordinairement pour cause une grossesse tubaire. On lira, parmi nos observations, un exemple remarquable de cette variété d'hématocèles, qu'il nous paraît plus rationnel d'exposer à propos de la ponte extra-utérine.

Hémorrhagie de l'ovaire. — Ponte spontanée. — Grossesse extra-utérine.

Dans ses premières leçons sur l'hématocèle rétro-utérine, après la discussion à la Société de chirurgie où Denonviliers avait montré une hématocèle due à la rupture d'un kyste hématique de l'ovaire, Nélaton fit jouer à l'ovaire un grand rôle dans la production des épanchements sanguins intra-péritonéaux. —

1. Robert Barnes. *Cases illustrating the clinical history and pathology of effusions of blood into the peritoneum with special reference to the so-called retro-uterine hæmatocele*. Saint-Thomas's Hospital reports. — New series, vol. I, 1870.

« On sait, dit-il [1], qu'à chaque époque menstruelle il se fait une congestion vers l'ovaire, puis une vésicule de Graaf se rompt et un ovule s'engage dans la trompe. — De plus, la rupture de la vésicule de Graaf est toujours suivie d'un certain épanchement de sang ; c'est là le phénomène de la ponte spontanée. Supposons que la migration de l'ovule soit imparfaite ; si l'hémorrhagie est un peu considérable, on comprendra que le sang tombe dans le cul-de-sac du péritoine, s'y accumule, puis le péritoine irrité s'enflamme, une péritonite adhésive se produit, l'épanchement est séquestré, l'hématocèle rétro-utérine est formée. » — Dans un Mémoire présenté à l'Académie des sciences [2], Laugier développa cette théorie, il reconnut la ponte spontanée comme étant bien la cause occasionnelle de l'hématocèle rétro-utérine ; mais il ajouta cette conclusion : « Pour que la maladie se produise, il faut non pas la congestion physiologique de l'ovaire, mais une congestion exagérée, amenée par des causes accidentelles. » S'appuyant sur sept observations dans lesquelles la coïncidence entre le début de l'affection et la période menstruelle est nettement établie, il crut, d'accord en cela avec la théorie de Bischoff, qui admet que la sortie de l'ovule de la vésicule ovarienne a lieu à la fin de la menstruation, que le début de l'hématocèle se rapportait à la terminaison du flux menstruel.

La relation entre l'ovulation et la menstruation est certaine, mais la rupture de la vésicule de Graaf ne paraît pas toujours avoir lieu à la fin de l'époque menstruelle, la déchirure de l'ovisac par où passe l'ovule a lieu parfois au début ou à un moment quelconque de l'écoulement périodique.

Les faits cliniques avaient établi une relation directe entre l'ouverture physiologique de l'ovisac et l'épanchement san-

1. Nélaton. *Pathologie chirurgicale*, t. V, p. 714.
2. Laugier. *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences.* Février 1855. t. XL, p. 458.

guin dans l'excavation pelvienne, mais il restait à expliquer par quel mécanisme le sang ne suivait pas sa marche habituelle comme dans les évolutions normales, comment il tombait dans le péritoine.

Les considérations physiologiques, que nous avons longuement développées, trouvent ici leur application.

On invoqua des adhérences de la trompe, des lésions variées qui, s'opposant à son déploiement, à son rapprochement de l'ovaire, empêchaient le sang ovarique d'y pénétrer et d'arriver dans la cavité utérine. On supposa également que la ponte spontanée donnait naissance à un écoulement sanguin trop abondant pour pouvoir être aisément conduit par le canal tubaire.

Toutes ces hypothèses étaient assurément très-vraisemblables ; l'hématocèle se formait au moment de l'ovulation, le sang épanché provenait de l'ovisac déchiré. Mais une telle rupture ne donne habituellement que quelques grammes de sang, et dans certaines hématocèles il en existe des centaines de grammes; on pensait alors (théorie de Laugier) qu'il existait du côté de l'ovaire, à ce moment de la vie sexuelle, une vascularisation exagérée due à des circonstances accidentelles ou produites par une lésion antérieure de l'organe.

Cette théorie très-admissible manquait cependant de preuves positives ; c'est alors que M. Gallard chercha à déterminer, avec plus de précision que ces derniers auteurs, le rôle qui appartient à l'ovaire dans l'hématocèle péri-utérine.

Se plaçant sur le terrain physiologique, il étudie d'abord le phénomène de l'ovulation qui, d'après les recherches de Négrier, ainsi que nous l'avons dit déjà, s'accompagne toujours d'une congestion de cet organe au moment du détachement de l'ovule arrivé à maturité. — Il admet avec Coste et Longet que la maturation de la vésicule ovarienne et la déhiscence de l'ovule peuvent être déterminées par le coït, par des excitations génésiques. Le développement artificiel de l'ovule pendant une période inter-

menstruelle, s'accompagnerait des mêmes troubles, des mêmes phénomènes congestifs du côté du système génital. Cependant pour que, lors de la ponte spontanée ou provoquée, une hémorrhagie notable ait lieu dans l'excavation péritonéale, il faut que la congestion ovarienne ait dépassé la mesure physiologique, ou bien qu'une circonstance nouvelle l'entretienne.

Si le sang est abondant, la trompe ne pourra suffire à lui livrer passage, ou bien il pourra arriver que le sang s'écoule en petite quantité, mais que la trompe ou son pavillon soient, pour des raisons diverses, gênés dans l'exercice de leurs fonctions.

Ce sang, fait observer M. Gallard, qui devrait suivre la voie que parcourt normalement l'ovule à l'époque menstruelle, se comportera comme lui, il tombera dans les culs-de-sac péritonéaux et donnera naissance à une hématocèle. Ne voyons-nous pas, en effet, cet ovule fécondé s'arrêter en route et donner lieu à une grossesse extra-utérine ; la même cause qui produit ce dernier accident, un trouble survenu dans les fonctions de la trompe, présiderait au développement de l'hématocèle, elle ferait obstacle au transfert jusque dans la cavité utérine des produits (sang ou ovule) qui se sont détachés de l'ovaire. « Il en résulte, dit M. Gallard, que les hématocèles péri-utérines doivent être considérées comme de véritables grossesses extra-utérines, qu'il y ait ou non fécondation de l'œuf dont l'évolution a été la cause première, nécessaire, pour la production de l'hémorrhagie. Que l'œuf soit fécondé ou non, tout se passe, dans l'un et l'autre cas, de la même manière [1]. Cette théorie, déjà émise en 1855 par M. Gallard, est certainement séduisante par sa simplicité; une phrase la résume : l'hématocèle qui naît d'une façon toute spontanée, doit être considérée comme une ponte extra-utérine.

Dans nombre de cas, on a trouvé au milieu des caillots sanguins des débris d'embryons, et il n'est pas douteux que plu-

1. Négrier. *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires, 1858,* p. 57.

sieurs hématocèles ne soient des grossesses extra-utérines; mais, lorsqu'on ne trouvera pas de traces d'embryons, devra-t-on conclure avec M. Gallard que l'ovule fécondé n'a pas eu le temps de se développer suffisamment pour être reconnaissable à l'autopsie, ou bien qu'il a disparu par suite de changements survenus dans les caillots eux-mêmes ?

Devra-t-on admettre que l'hémorrhagie intra-péritonéale est le résultat de la rupture seule de l'ovaire, sans fécondation de l'ovule? Il serait téméraire de le nier, mais on ne saurait l'affirmer; jusqu'à présent, le mécanisme de l'hématocèle est multiple, il appartient aux autopsies d'indiquer la fréquence des hématocèles avec grossesse extra-utérine, et, par exclusion, en l'absence de toute lésion des organes vasculaires avoisinants, de prouver la ponte spontanée extra-utérine.

C'est donc à l'avenir qu'il est réservé de trancher cette question, mais déjà nous devons reconnaître, avec M. Gallard, que les cas dans lesquels on a trouvé le produit de la conception au milieu de la collection hématique ne sont plus des raretés pathologiques ; ils se sont multipliés à mesure que l'attention a été appelée sur ce point de pathogénie. M. Gallard, dans ses leçons cliniques [1], n'hésite pas à considérer l'hématocèle avec grossesse extra-utérine comme constituant les cas les plus fréquents et les plus ordinaires ; il est vrai qu'il fait rentrer dans la même catégorie les cas où l'hémorrhagie se produit au moment où l'ovule se détache, et ceux où elle provient non pas de l'ovaire, mais du kyste fœtal ou des fausses membranes qui l'entourent.

Ces derniers faits n'offrent pas complétement la même physionomie clinique : l'hématocèle est un accident dont les caractères sont alors modifiés par la lésion primitive. Nous n'avons pas à nous en occuper spécialement ; leur histoire appartient à celle des grossesses extra-utérines. Leur siége varié indiquerait,

1. *Loc. cit.*

suivant M. Gallard, les différentes régions où l'on peut rencontrer l'ovule. On lira dans les Leçons cliniques faites à la Pitié des cas de ce genre, personnels et empruntés à divers auteurs; nous apportons nous-même à l'appui de cette théorie un fait des plus intéressants, avec autopsie, observé par le professeur Recklinghausen. Cette observation nous a été communiquée par M. le Dr Meyer.

Nous ne nous sommes occupé jusqu'à présent dans ce paragraphe que des hémorrhagies ovariennes en quelque sorte physiologiques ; il importe de ne pas omettre les hémorrhagies qui se rattachent à une altération des ovaires. M. Courty [1] insiste beaucoup sur l'inflammation aiguë et chronique de ces organes comme cause d'hématocèle ; pour le savant professeur de Montpellier, la congestion chronique serait la cause la plus active de ces hémorrhagies, la majeure partie des hématocèles n'aurait pas d'autre origine. La rupture de l'organe malade surviendrait à toute époque ; mais on comprend qu'elle soit plus fréquente pendant la période menstruelle, alors que la fluxion physiologique détermine une augmentation de la tension vasculaire. Denonvilliers [2], Demarquay [3] ont rapporté des exemples de rupture d'ovaire pathologique, avec hémorrhagie abondante.

La déchirure des kystes sanguins ovariques est signalée ; dans le cas de Denonvilliers [4], on put constater deux petits kystes sanguins ouverts à la surface d'un ovaire ; dans l'observation de M. Puech, la rupture des kystes amena la mort par péritonite. Il s'agissait probablement dans ces faits d'hémorrhagies antérieures dans les vésicules ovariennes, telles que M. le professeur Robin les a décrites, en 1857, dans une communication à la Société de biologie [5]. Ces ruptures de kystes sanguins ovariques

1. *Loc. cit.*, p. 1042.
2. *Gaz. des Hôpit.*, 1855, p. 403.
3. *Union médicale*, 1858, p. 530.
4. Séance de la Société de chimie, 1851.
5. Ch. Robin. *Note sur les hémorragies des vésicules ovariennes.* — *Gazet. hebd.*, 1857, p. 918.

ne sont pas très-rares; on trouve de ces petits kystes assez souvent à l'amphithéâtre, situés dans l'épaisseur de l'organe où ils font une saillie plus ou moins marquée à la surface. Pour M. Robin, les vésicules ovariennes peuvent être le siége de deux sortes d'hémorrhagies : l'une, l'épanchement sanguin périodique accompagne la rupture de la vésicule et la sortie de l'ovule; elle est seule suivie de la formation d'un corps jaune; l'autre hémorrhagie se fait dans une ou plusieurs vésicules en même temps, vers l'époque ou en dehors de la menstruation, sans qu'elles se soient rompues et vidées de leur contenu. Ces hémorrhagies, véritables apoplexies intra-ovariennes, créent ainsi des kystes sanguins dont la rupture s'accompagne parfois d'hématocèles.

Dans quatorze autopsies relatées par M. A. Voisin, on constate des kystes sanguins attenant à un point de la surface libre des ovaires.

Trousseau [1] cite une observation d'hématocèle par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire; depuis lors, plusieurs faits analogues ont été publiés; dans un cas, l'ovaire avait le volume du poing; l'autopsie ne fournit pas d'autres détails.

L'hématocèle péri-utérine n'est, en résumé, qu'une manifestation de lésions diverses de l'appareil génital interne de la femme. Dans une première phase de son développement, elle a une simple valeur symptomatique, elle est comparable à l'hémoptysie, à l'hématémèse , mais bientôt elle constitue un épiphénomène, une complication qui domine la scène pathologique.

L'utérus, la trompe, le péritoine enflammé peuvent être le point de départ d'une hémorrhagie intra-pelvienne assez abondante pour donner naissance à une hématocèle, et dans l'état actuel de la science, on ne saurait accepter un mécanisme unique.

Les observations les plus récentes tendent cependant à attri-

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 604.

buer la plupart des épanchements sanguins intra-péritonéaux à un trouble de l'ovulation. L'ovaire aurait dans la pathogénie de l'hématocèle la même importance que dans la physiologie du système utérin.

CHAPITRE II.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

Recherches expérimentales.

Avant d'aborder la description des lésions pathologiques que l'on a maintes fois rencontrées à l'autopsie : adhérences par péritonite, altération du sang épanché, déplacement des viscères voisins, nous devons signaler quelques recherches sur certaines propriétés du péritoine qui tapisse l'excavation pelvienne, sur la capacité normale du petit bassin, de l'espace utéro-rectal et ante-utérin ; ce sont, si l'on veut, des observations de minime importance, portant sur un petit nombre de sujets ; elles offrent cependant quelque intérêt.

Lorsqu'on ouvre crucialement la cavité abdominale et que par cette large ouverture on laisse pendre au dehors les viscères, l'excavation pelvienne auparavant comblée par les anses intestinales apparaît nettement avec les organes qu'elle contient : utérus et ses annexes. Nous n'avons pas à revenir sur la disposition particulière du péritoine dans cette région, déjà exposée précédemment, nous voulons seulement faire ressortir quelques points d'anatomie chirurgicale qui nous permettront de mieux comprendre les signes et le développement de l'hématocèle.

Chez trois femmes, d'âge différent, qui ne présentaient aucune trace d'inflammation soit aiguë, soit chronique, du petit bassin, nous avons été frappé de la souplesse, de l'élasticité de

la séreuse, de son déplacement facile sur les tissus sous-jacents. Non-seulement pendant la grossesse ou dans certains cas pathologiques tels que tumeur volumineuse de l'utérus, le péritoine est susceptible d'un déplacement notable, mais à l'état normal on le voit sous une légère traction affecter des rapports nouveaux. Il faut remarquer, à ce propos, que dans les culs-de-sac formés par la séreuse, dans le cul-de-sac de Douglas, par exemple, le péritoine forme des plis dont le nombre, l'étendue sont en rapport, du reste, avec les fonctions physiologiques des organes voisins : rectum, vessie de dimension naturellement très-variables.

Si l'on prend un point fixe du péritoine, soit le milieu du cul-de-sac utéro-rectal, on pourra par son déplacement aux tractions exercées en avant, en arrière, juger dans une certaine mesure de la mobilité de la séreuse. Tire-t-on avec une main sur l'extrémité supérieure du rectum et avec l'autre main sur le péritoine au niveau de la symphyse pubienne, on voit le point de repère choisi et indiqué à l'aide d'une épingle plantée dans le péritoine, monter ou descendre suivant le sens de la traction ; l'arc du cercle que parcourt la tête de l'épingle n'a pas été moins, dans plusieurs expériences, de 6 à 7 centimètres. Le feuillet péritonéal glisse ainsi sur l'excavation pelvienne qui semble être pour lui, au point de vue qui nous occupe, une véritable poulie de réflexion, grâce au tissu cellulaire très-lâche, à larges mailles non remplies de graisse, qui le sépare des organes sous-jacents.

Ce n'est pas le défaut d'extensibilité de ce tissu cellulaire qui limite le mouvement mais, ainsi que l'on peut aisément s'en rendre compte, les moyens de fixité du rectum, de la vessie.

La mobilité du péritoine est aussi marquée en dehors sur les parties latérales ; on sait avec quelle facilité l'utérus se meut dans ces divers sens; une traction légère porte son sommet, surtout à droite, sur le bord du détroit supérieur.

Lorsqu'une tumeur, telle qu'un épanchement sanguin en-

kysté, occupera l'excavation pelvienne, le cul-de-sac utéro-rectal, on ne sera point étonné de sa procidence dans la cloison recto-vaginale, du refoulement de l'utérus, du rectum, du vagin; tenant compte des notions anatomiques que nous avons exposées, on ne se hâtera pas, d'après la saillie plus ou moins grande de la tumeur dans la cavité vaginale, d'en faire une hématocèle extra-péritonéale.

Verse-t-on dans le petit bassin des substances liquides ou semi-solides, en un mot cherche-t-on à créer artificiellement des hématocèles, on observe certaines particularités sur lesquelles nous devons appeler l'attention.

En présence d'épanchements sanguins qui tantôt restent limités à la cavité pelvienne, tantôt remontent au-dessus du détroit supérieur, et arrivent souvent jusqu'à l'ombilic, nous nous sommes demandé quelle était la capacité moyenne du petit bassin, tous les organes étant en place, et d'autre part, la capacité approximative des différents culs-de-sac.

Il résulte de nos expériences que la capacité moyenne du bassin, tous les organes étant en place, la vessie et le rectum vidés, est chez une femme, de 400 à 450 grammes. Nous avons pu d'une façon simple l'évaluer assez exactement: le bassin étant séparé du tronc et placé dans la position de la station debout, nous avons versé, jusqu'au niveau du détroit supérieur, de l'eau contenue dans une éprouvette graduée.

La capacité du cul-de-sac de Douglas, l'utérus étant légèrement relevé et maintenu de chaque côté par une légère traction à l'extrémité des ligaments larges, est de 300 grammes environ. Lorsque l'utérus est refoulé en avant, qu'il s'accole à la symphyse pubienne, la quantité de liquide contenu est plus considérable, elle est alors de 400 grammes. Si l'on augmente la quantité de liquide, il passe dans les culs-de-sac latéraux, et l'épanchement devient en même temps anté-utérin. Dans l'hématocèle rétro-utérine, la tumeur n'empiétera pas sur les fosses iliaques, et ne pourra être nettement perçue par la palpation

abdominale que lorsque la quantité de sang épanché aura dépassé ce dernier chiffre. La capacité du cul-de-sac utéro-vésical, ou plutôt, en considérant les ligaments larges comme une barrière étendue d'une fosse iliaque à l'autre, l'espace anté-utérin est plus variable, par suite de la distension plus ou moins complète de la vessie. Lorsque cet organe est vide, revenu sur lui-même, la cavité anté-utérine a sensiblement la forme d'un fer à cheval à convexité formée par les branches horizontales du pubis, l'utérus, lorsqu'il est maintenu dans la rectitude, pénétrant un peu entre les deux branches.

Cette cavité ne contient pas au delà de 50 grammes environ de liquide, le bassin étant dans la situation que nous avons indiquée.

Nous n'attachons pas à ces mensurations une importance plus grande qu'elles ne le méritent ; sans parler des différences individuelles, elles varient, en effet, à chaque instant, suivant l'état de réplétion du rectum, de la vessie ; elles présentent cependant un certain intérêt au point de vue du siége de l'hématocèle, de son développement et des signes fournis par l'examen clinique.

Lorsqu'on remplit de liquide l'excavation pelvienne, le toucher vaginal et rectal ne donne absolument rien de particulier, et il est impossible de percevoir par le toucher une différence entre cet état accidentel et l'état normal ; le liquide contenu donne au doigt, à travers la paroi rectale et vaginale, la même sensation que le coussinet intestinal. Nous n'insistons pas davantage sur ce fait, il est en rapport ou plutôt confirmé ; ce que nous savons déjà par la clinique, c'est que le sang épanché, pour être reconnu par le toucher, doit être enkysté. Dans la première période de l'hématocèle, période formatrice ou d'hémorrhagie interne, le toucher ne peut donc fournir aucun élément de diagnostic.

Nous avons distendu les culs-de-sac à des degrés variables, soit avec de la terre glaise, soit avec du sable très-fin mouillé ;

nous voulions ainsi juger par le toucher vaginal et rectal des caractères de ces tumeurs artificielles.

L'expérience est bien grossière, et le sang enkysté, coagulé, ne donne pas certainement au doigt, sur le vivant surtout, une sensation de tout point comparable à celle d'une masse plus ou moins pâteuse introduite dans divers points de l'excavation pelvienne d'un cadavre; cependant elle nous a donné quelques renseignements utiles. Pratique-t-on le toucher vaginal alors que le cul-de-sac de Douglas est rempli d'une masse molle, malléable, on est étonné du refoulement de la paroi postérieure du vagin; le doigt à peine introduit sent en arrière une masse dure, dont la distance à la fourchette ne dépasse pas 4 à 5 centimètres; si l'on distend le cul-de-sac de telle façon que le col de l'utérus soit, comme dans un grand nombre d'hématocèles, appliqué contre la face postérieure du pubis, la tumeur paraî encore plus rapprochée de l'ouverture vulvaire; le toucher rectal donne moins d'indication que l'examen par le vagin; l'index et le pouce, introduits en même temps dans chacune de ces cavités, peuvent saisir aisément l'extrémité de la tumeur faisant saillie dans la cloison recto-vaginale, et reconnaître qu'une faible distance la sépare du périnée.

Tous ces signes sont naturellement plus marqués si une main presse modérément sur la masse molle déposée dans le cul-de-sac de Douglas, pendant que l'autre main pratique l'examen. Quand on songe au siége rétro-utérin de l'hématocèle, siége le plus fréquent, à sa position déclive et à sa tendance à descendre par le fait de la pesanteur et de la pression constante des anses intestinales, augmentant à chaque mouvement, chaque inspiration, on comprend que le degré de déclivité plus ou moins marqué de la tumeur ne saurait constituer sur son siége un élément de diagnostic bien fondé. Après quelque temps, l'hématocèle se comporte vis-à-vis du plancher pelvien comme une hernie; son sac est le péritoine utéro-rectal, sur la mobilité duquel nous avons longuement insisté.

Le sang épanché dans le péritoine pelvien détermine promptement des phénomènes inflammatoires du côté de la séreuse, ainsi qu'en témoignent les signes rapides d'une péritonite. Les cas où la mort est survenue rapidement quelques heures après le début des accidents ne sont pas aussi instructifs qu'on pourait le supposer, ils ne nous apprennent rien sur le mécanisme de l'enkystement. L'abondance de l'hémorrhagie, et surtout des troubles nerveux dont le point de départ est le système ganglionnaire sympathique, expliquent dans de pareils cas l'issue fatale.

Lorsque l'épanchement sanguin n'est pas trop considérable, que son irruption subite dans la cavité abdominale ne s'accompagne pas à brève échéance des accidents mortels dont nous venons de parler, et sur la nature desquels nous devrons nous étendre en traitant de la symptomatologie, le sang détermine par sa présence des phénomènes de péritonite.

Cette action irritative du liquide sanguin sur la séreuse péritonéale ne paraît pas se produire au même degré en toutes circonstances ; dans nombre de cas traumatiques, à la suite des ovariotomies, par exemple, il se résorbe et ne laisse d'autres traces de sa présence que quelques amas pigmentaires. Cependant, dans l'opération, la toilette du péritoine n'a pu être complétement faite, des vaisseaux déchirés ont été, après la suture des bords de la plaie, le point de départ d'une hémorrhagie plus ou moins considérable ; néanmoins le sang qui s'est collecté dans l'excavation pelvienne ne s'enkyste pas [1]. Nous appelons l'attention sur ces faits dissemblables, et nous nous demandons pourquoi dans un cas il s'est produit une hématocèle, et dans l'autre une résorption de l'épanchement ? Qu'on n'invoque pas des différences quantitatives de sang répandu dans le péritoine ;

1. Une fois, après une ovariotomie, on nota, les jours qui suivirent, une hématocèle rétro-utérine. Il s'agissait d'une femme opérée par Spencer Wells; la tumeur fut ponctionnée par le vagin, et la malade guérit. (Voir notre tableau des observations.)

le volume de certaines hématocèles ne dépasse parfois pas celui d'un petit œuf. La raison nous paraît tout autre.

Les recherches expérimentales que nous avons entreprises à ce sujet ne nous ont pas donné de résultats concluants ; nous les transcrivons néanmoins intégralement. Faites par des expérimentateurs divers, elles ont mis en lumière la tolérance peu connue du péritoine pour de grandes quantités de sang, la résorption rapide de ce liquide. Elles confirment les expériences de MM. Vulpian [1], Laborde [2], et démontrent d'une façon péremptoire l'impossibilité de provoquer l'enkystement des épanchements sanguins chez la plupart des mammifères, alors que le péritoine est absolument sain. Dans une première série d'expériences faites au Collége de France, avec le concours de M. le docteur Franck, nous avons directement fait passer le sang de la carotide d'un animal dans le péritoine d'un autre.

Ire Expérience. — 25 mai. — Lapine de taille moyenne. Injection dans le péritoine au niveau de la fosse iliaque droite de 15 grammes de sang défibriné, provenant d'un lapin tué au moment même.

Le soir même et les jours qui suivirent, le lapin n'offrit rien de particulier. Temp. normale. L'animal est sacrifié le 7 juin, treize jours après l'injection.

A l'autopsie, on ne trouva pas la moindre trace du sang injecté.

IIe Expérience. — 31 mai. — Lapine de poids ordinaire. On place dans la carotide droite de l'animal une canule communiquant par un tube en caoutchouc avec un trocart, dont l'extrémité libre plonge dans la cavité péritonéale. On cesse cette transfusion de l'animal à lui-même lorsqu'il paraît notablement affaibli.

Sacrifié le 7 juin.

Autopsie. — Petit caillot du volume d'un grain de blé adhérent à l'épiploon.

IIIe Expérience. — 31 mai. — Petite chienne blanche vigoureuse. On met en communication la cavité péritonéale avec la carotide d'une autre chienne du poids de 6 livres; la transfusion n'est suspendue que lorsque l'animal, qui fournit le sang, est exsangue. Il crève quelques minutes après.

1. Société de biologie, 1872.

2. Penzoldt et plus récemment Cordua *(Ueber den resorptions mechanismus von Blutergussen*, Berlin, 1877), ont étudié histologiquement jour par jour les caractères du sang injecté dans les cavités séreuses; un fait intéressant de leurs recherches est la résorption plus rapide du sang défibriné.

1er juin. — L'animal paraît souffrant. Ventre douloureux à la pression au niveau de la piqûre du trocart.

7 juin. — *Autopsie.* — Pas trace du sang injecté.

Nous devons à l'obligeance de MM. les professeurs Arloing et L. Tripier les séries suivantes d'expériences :

Dans une première série, on s'est contenté d'injecter de petites quantités de sang (20 à 45 grammes). La transfusion a été faite à l'aide d'un tube en caoutchouc mettant en communication directe la carotide d'un animal avec le péritoine de l'autre. A l'aide d'un métronome, on évaluait la quantité du sang transfusé.

Ire Expérience. — 27 mai. — Petit chien loulou. Injection, 45 grammes de sang. L'injection ne paraît pas l'avoir incommodé.

L'animal est sacrifié le 11 juin, quinze jours après l'injection.

Autopsie. — Légères traînées de sang le long des vaisseaux du grand épiploon, dont les feuillets sont absolument libres.

IIe Expérience. — 27 mai. — Lapin. Injection, 20 grammes de sang.

L'animal est sacrifié le 6 juin, dix jours après l'injection.

Autopsie. — Le grand épiploon, qui est rempli de cysticerques, présente seul en quelques points une teinte jaune rouille. A l'examen microscopique de ces taches, on voit de nombreux globules sanguins en voie de résorption. La plupart sont placés irrégulièrement au-dessous de l'épithélium, qui forme un pavé très-régulier ; un certain nombre sont disposés superficiellement et forment des amas plus ou moins considérables ; d'autres enfin paraissent comme engagés entre les cellules épithéliales. Pas la moindre adhérence.

IIIe Expérience. — 27 mai. — Lapin. Injection, 20 grammes de sang.

Autopsie. — 6 juin. — Pas de trace du sang injecté.

IVe Expérience. — 27 mai. — Lapin. Injection, 34 grammes de sang.

Autopsie. — 6 juin. — Dix jours après l'injection. Quelques traînées rougeâtres sur le grand épiploon et dans les gouttières de chaque côté de la colonne vertébrale. En frottant avec le doigt, on ne peut enlever ces couches ; elles sont adhérentes au péritoine.

Dans une deuxième série d'expériences, MM. Arloing et Tripier ont injecté dans le péritoine le plus de sang possible (280 et 400 grammes).

Le manuel opératoire est le même que précédemment ; dans les deux expériences, le sang a été fourni par la carotide d'ani-

maux de même espèce. Pour avoir la quantité de sang injecté, on a eu soin de peser l'animal avant et après l'injection.

Ire Expérience. — 30 mai. — Petite chienne. Injection de 280 grammes de sang dans le péritoine. Le poids du sang injecté représente à peu près le douzième du poids de l'animal.

Les jours suivants, animal aussi bien portant qu'auparavant.

Autopsie. — 12 juin, douze jours après l'injection, tache gris de fer sous la peau, mais pas la plus légère trace de sang injecté dans la cavité péritonéale.

IIe Expérience. — 30 mai. — Jeune chienne. Injection dans le péritoine de 400 grammes de sang, c'est-à-dire à peu près le dixième de son poids.

Autopsie. — 12 juin, douze jours après l'injection; aucune trace de sang injecté dans le péritoine.

Nous avons reçu de M. le docteur Livon, professeur à l'École de médecine de Marseille, une note détaillée à propos d'expériences semblables, qu'il avait faites à notre intention, sur des cobayes et des chiens. Les résultats de ses neuf expériences concordent absolument avec ceux que nous avons obtenus; le sang s'est toujours promptement résorbé, jamais de péritonite, d'adhérences. M. Toussaint, professeur de physiologie à l'École vétérinaire de Toulouse, est également arrivé aux mêmes conclusions, en expérimentant d'une façon identique sur des lapins, des chiens. Il a pu pratiquer les mêmes expériences chez de plus grands mammifères. Voici, du reste, les deux faits qu'il a observés :

Ire Expérience. — 5 juin. — Injection dans la cavité péritonéale d'une ânesse, de 2k,500 de sang provenant d'une autre ânesse en bonne santé.

Le 8 et le 9 juin, l'animal a un peu de fièvre, le pouls et la respiration sont accélérés.

13 juin. — On tue l'ânesse par hémorrhagie huit jours après l'expérience.

Autopsie. — La plaie de la peau seule n'est pas cicatrisée, on distingue à peine dans les muscles le trajet de la canule, et il faut chercher attentivement pour trouver la cicatrice du péritoine. Dans la cavité péritonéale, on trouve un quart de litre à peu près de sérosité rosée dans laquelle nagent des globules rouges assez rares et intacts ou légèrement crénelés, quelques-uns sont encore en piles, les globules blancs sont à peu près aussi nombreux que les rouges. La quantité de sérosité trouvée dans le péritoine doit

être considérée comme normale, souvent même chez les vieux chevaux, on en trouve plusieurs litres; la seule particularité digne d'attention est donc la présence de globules rouges dans cette sérosité. Ils étaient le seul indice de cet énorme épanchement sanguin.

IIe Expérience. — 6 juin. — Brebis fixée sur une table. La ponction étant faite directement au-dessus de l'excavation pelvienne à 2 centimètres environ en avant de l'angle iliaque antéro-interne, l'animal reçoit dans son péritoine 600 grammes de sang provenant directement de la carotide primitive d'une autre brebis. Après l'opération, la petite plaie de la peau est fermée par une suture entortillée.

Les 7, 8 et 9 juin, l'animal est triste, ne mange pas, cherche à boire souvent, une fièvre assez intense se déclare, la respiration s'accélère, et la température monte de 40° à 41°,5.

Les 10 et 11 juin, la brebis reste couchée, elle fait de vains efforts pour se relever, le ventre est douloureux. On constate tous les signes d'une péritonite.

Le 12 juin, on tue l'animal par hémorrhagie.

Autopsie. — La plaie faite à la peau pour l'introduction de la canule, ne s'est pas cicatrisée (il est extrêmement rare d'ailleurs d'obtenir une réunion par première intention chez le mouton; quelque petite que soit une plaie, elle suppure toujours), il s'est formé un petit abcès entre le derme et les muscles dans le tissu conjonctif sous-cutané, la peau est décollée dans un rayon de 4 à 5 centimètres.

Le pus séreux que contient cet abcès n'a aucune odeur. Le trajet de l'instrument dans les muscles est marqué par une légère infiltration sanguine, mais ne contient pas de pus, à plus forte raison n'y a-t-il pas de fistules. Légère ecchymose entre le péritoine et ce dernier muscle, mais pas de suppuration. Avant de décrire les points occupés par les caillots sanguins du péritoine, il est nécessaire d'indiquer exactement la position des viscères. Le rumen occupe à lui seul, au moins, les quatre cinquièmes de la cavité abdominale. Il remplit tout le flanc et l'hypocondre gauche, et repose directement sur toute la paroi inférieure. Il laisse libre seulement une portion comprise entre sa face supérieure inclinée de gauche à droite, la paroi lombaire droite et le flanc droit dans lequel est logé l'intestin. En arrière, le rumen se trouve divisé en deux sacs dont le droit, beaucoup plus développé que le gauche, vient s'appuyer jusque sur le pubis, de telle sorte que la vessie et l'utérus reposent pour ainsi dire sur sa face supérieure, lorsqu'ils débordent la cavité du bassin. Le sac droit est en entier complétement enveloppé, ainsi que la face inférieure du rumen, par l'épiploon ui le sépare seul des organes qui viennent d'être nommés et des parois abdominales.

L'épiploon s'applique exactement sur le rumen et ne forme pas de replis dans la cavité péritonéale. Étant donnée cette disposition, on comprendra

la situation du caillot; celui-ci occupe tout l'espace compris entre la face inférieure de l'utérus et les ligaments larges en haut, le plancher du bassin en bas; il entoure donc complètement la vessie et se trouve adhérent à la partie de l'épiploon qui recouvre le sac droit de la tumeur, il s'enfonce enfin sous sa face inférieure et vient toucher la partie antérieure du sac droit. Ce caillot, qui pèse 130 grammes, est noir, fortement adhérent à l'épiploon et au péritoine pariétal; il a déterminé une péritonite intense, on voit à sa périphérie de la fibrine coagulée, dans les mailles de laquelle se trouvent de nombreux globules de pus. Un fort amas fibrineux se rencontre au point où le trocart a pénétré et se prolonge autour de l'utérus et du rectum. Dans la cavité abdominale se trouvent 200 grammes environ d'une sérosité d'un rouge foncé. A l'examen histologique, le caillot montre des globules rouges intacts emprisonnés dans des réseaux de fibrine [1].

Les expériences que nous venons de relater doivent nous arrêter un instant. Il est bien certain que, quels qu'eussent été les résultats constatés, nous n'aurions pas conclu de ce qui se passait expérimentalement chez quelques femelles animales à ce qui se produit chez la femme dans des conditions morbides particulières. Nous n'oublions pas que le péritoine présente une sensibilité bien variable suivant les espèces, et qu'entre l'homme et les animaux qui en sont le plus rapprochés, il existe à ce point de vue une différence notable; aussi ne tirerons-nous des faits expérimentaux que les enseignements qui en découlent nécessairement; ils viennent, dans une certaine mesure, à l'appui des faits cliniques; nous dirons bientôt comment.

Un résultat remarquable de nos expériences qui portent sur vingt-quatre animaux est la rapidité prodigieuse avec laquelle une quan-

1. Nous rapportons *in extenso* cette expérience dans laquelle le sang injecté ne s'est pas résorbé; c'est le seul cas semblable constaté, et nous ne pouvons que le signaler. Peut-être une hématocèle se serait-elle formée si l'on n'était intervenu en tuant l'animal. Il est probable, cependant, que la brebis serait crevée peu de jours après soit de péritonite, soit d'inanition. Elle n'avait pas, en effet, mangé depuis quatre à cinq jours. Chez les ruminants, la mort d'inanition est fréquente par l'impossibilité dans laquelle ces animaux sont de ruminer, si leur rumen ne renferme une grande quantité d'eau et d'aliments solides.

tité considérable de sang a été résorbée par le péritoine. En moins de huit jours, 2^k,500 de sang injecté à une ânesse avait disparu, il ne restait plus que quelques globules dans une sérosité normale; chez un jeune chien, 400 grammes de sang, c'est-à-dire le dixième de son poids, avait totalement disparu le douzième jour. Cette rapidité de la résorption par le péritoine sain, l'absence de toute péritonite après ces épanchements sanguins considérables, constituent des faits bien intéressants : elles établissent l'innocuité du sang sur la séreuse, quelle que soit son abondance. Il s'agit bien de véritables hémorrhagies internes, puisque la transfusion a lieu complétement à l'abri de l'air; le sang reste vivant, il passe directement de la carotide primitive d'un animal dans le péritoine d'un autre.

Nous ne voulons pas, nous le répétons, mettre en parallèle des faits qui ne sont pas absolument comparables; il faut cependant reconnaître que chez la femme les hémorrhagies internes ne donnent pas toujours naissance à des hématocèles; après la gastrotomie par exemple, opération dans laquelle le sang reste ou s'épanche dans la cavité abdominale, il est extrêmement rare de voir une tumeur sanguine se produire.

La présence du sang dans le péritoine n'est pas tout; il ne suffit pas qu'il y ait une hémorrhagie interne pour qu'une hématocèle se produise; il est deux facteurs dont on n'a jamais tenu compte et qui nous paraissent jouer un rôle important, nous avons dit : la qualité du sang extravasé et l'état de la séreuse ou des organes avoisinants.

C'est dans cet ordre d'idées que de nouvelles expériences pourraient être faites; le temps limité dont nous disposons ne nous a pas permis d'entreprendre ces recherches ; c'est, en effet, en terminant nos expériences, que nous avons reconnu la voie qui devait être suivie dans ce mode d'investigation.

On pourrait d'abord, à l'exemple de M. Chauveau, se servir d'un sang ayant des propriétés morbides, le péritoine étant sain; puis, dans une autre série de recherches, irriter plus ou moins

le péritoine et y injecter du sang sain; enfin on pourrait encore, sur un animal dans le sang duquel on aurait préalablement introduit des matières pyrogènes, transvaser ce sang dans le péritoine.

Dans la résorption plus ou moins rapide du sang épanché, il faut évidemment tenir compte des conditions individuelles, de l'âge du sujet, etc.; c'est ainsi que, chez le jeune chien de la 1re série d'expériences (Arloing et Tripier) qui était malingre, on trouvait après quinze jours des traces du sang injecté (45 gr.), tandis que chez le jeune chien de la 2e série, au bout du douzième jour tout le sang avait disparu, bien que l'injection eût été de 400 grammes au lieu de 45 grammes.

L'état du péritoine nous paraît surtout devoir être pris en considération, et nous pouvons le dire, parce que cette manière de voir résulte de l'ensemble des faits : de leur comparaison entre eux, des résultats obtenus expérimentalement, il semble qu'une des conditions *sine qua non* de la non-résorption du sang, de son enkystement dans la cavité péritonéale, de la production de l'hématocèle, soit souvent l'altération récente ou ancienne de la séreuse.

Ne voyons-nous pas tous les jours chez l'homme la démonstration de ce fait dans les épanchements intra-articulaires; les phénomènes d'hypérémie avec tension excessive sont un obstacle à la résorption des produits épanchés ; dans certaines arthrites chroniques, les modifications inflammatoires qu'a subies la synoviale s'opposent également à la résorption. Du reste, d'une façon générale, les phénomènes d'osmose qui se passent au travers des membranes séreuses ou muqueuses sont constamment modifiés par les altérations de nature inflammatoire qu'elles peuvent subir.

Le sang qui s'épanche dans la cavité pelvienne peut en occuper les divers compartiments, mais le plus ordinairement il se collecte dans le cul-de-sac utéro-rectal, ainsi que le font aisément comprendre les considérations anatomiques dans lesquelles nous sommes entré.

Ce siége privilégié avait valu à l'hématocèle le nom de *rétro-utérine*. Dans quelques cas, la tumeur est située plus ou moins latéralement : *hématocèle latéro-utérine*, ou même tout à fait en avant entre l'utérus et la vessie : *hématocèle anté-utérine*, *pré-utérine* de Chassaignac. Les deux grandes variétés d'hématocèle se différencient donc par le siége du sang, soit en arrière, soit en avant de l'utérus.

La pièce pathologique présentée par M. Voisin à la Société anatomique [1], était un exemple remarquable d'hématocèle latéro-utérine ayant eu pour origine une hémorrhagie tubaire. A cette époque, deux cas seulement avec autopsie avaient été publiés sur cette variété d'épanchement sanguin : le premier était dû à Follin, le deuxième était publié dans la thèse de l'auteur.

Les cas d'hématocèle anté-utérine ne sont pas très-rares. Puech en a rapporté des exemples, et dans le *Traité de la suppuration* de Chassaignac [2], est relatée une belle observation d'hématocèle pré-utérine suppurée avec perforation intestinale. Schroeder [3], en 1873, publia un Mémoire dont la seconde partie est consacrée à une hématocèle anté-utérine observée chez une femme atteinte de grossesse tubaire. Il rappelle d'abord que l'hématocèle anté-utérine *primitive*, c'est-à-dire celle qui n'est point la conséquence de l'extension d'une hématocèle rétro-utérine, est fort rare et n'aurait été démontrée anatomiquement que depuis peu de temps. Puis il cite un cas de Braun où l'autopsie démontra une hématocèle anté-utérine intra-péritonéale. La trompe gauche déplacée occupait la cavité du cul-de-sac anté-utérin, et très-probablement elle avait été le point de départ de l'hémorrhagie.

Dans l'observation de Schroeder, à laquelle est jointe une figure que nous reproduisons, le sang était épanché dans le cul-de-sac vésico-utérin.

1. *Bullet. de la Société anatomique*, p. 71, 1869.
2. Tome II, p. 463.
3. *Wiener med.*, Wochenschrift, 1872, nos 22 et 23.

A l'autopsie, il n'existait pas *d'encapsulement* vers en haut. Au milieu du sang liquide et coagulé plongeait la trompe droite rompue; au centre de la masse, on découvrit un œuf et un fœtus bien conservés ; il existait en arrière des adhérences s'étendant de la face postérieure de l'utérus au sommet et fermant complétement le cul-de-sac de Douglas. L'hématocèle anté-utérine ne se produirait, d'après Schroeder, que dans le cas où l'utérus est rejeté en arrière ou retenu dans cette position par des adhérences.

Dans une observation de M. Pinard (*Contribution à l'histoire des hémorrhagies puerpérales secondaires.* J. Serres, Thèse de Paris, 1875) à l'autopsie d'une femme qui avait succombé à des accidents puerpéraux, on trouva entre la partie antérieure de l'utérus dévié à droite et la paroi postérieure de la vessie, une tumeur du volume d'une très-petite orange. Elle contenait des caillots fibrineux et paraissait de date ancienne.

A gauche du col de l'utérus, en dehors de la séreuse, entre la symphyse pubienne et le vagin, on rencontrait un deuxième foyer semblable au premier. La même femme était porteur de deux tumeurs hématiques, l'une intra, l'autre extra-péritonéale.

En thèse générale, les épanchements sanguins anté-utérins sont consécutifs à un cloisonnement ancien du cul-de-sac postérieur. Des accidents de pelvi-péritonite ont, à un moment donné, provoqué la formation d'adhérences entre les deux feuillets qui limitent en avant et en arrière la cavité de Douglas. Ce cloisonnement de la cavité pelvienne est également nécessaire pour la conception de l'hématocèle rétro-utérine. Nous avons vu, en effet, expérimentalement, et les faits cliniques l'ont établi dans plusieurs circonstances, qu'un épanchement sanguin liquide ou autre ne forme pas une tumeur élastique appréciable au doigt; il s'agit alors d'une nappe de sang ne présentant à l'examen aucune particularité qui puisse la faire distinguer des organes avoisinants, des anses intestinales qui plongent dans l'excavation du bassin. L'hématocèle n'existe pas encore ; c'est là une hémor-

rhagie interne, un épanchement de sang dans le péritoine qui méritera le nom de tumeur, et constituera la maladie dont nous nous occupons avec tous ses caractères cliniques, lorsque seulement le caillot se sera enkysté, lorsque des néoformations inflammatoires l'englobant formeront une cavité close, distincte du reste de la cavité péritonéale.

L'enkystement, ou mieux la formation de l'hématocèle, semble avoir lieu selon deux processus différents.

Dans le premier cas, l'hémorrhagie se produit postérieurement à des phénomènes inflammatoires de la séreuse pelvienne. Les néo-membranes, ainsi que l'a bien fait remarquer M. de Sinéty, constituent une espèce de pont entre la paroi postérieure de l'utérus et la paroi antérieure du rectum. Elles limitent un espace tout préparé pour recevoir le sang épanché et donner lieu à l'apparition subite d'une tumeur rétro-utérine.

Dans les cas relatés par M. Jules Besnier, de pachy-péritonite hémorrhagique, le développement de l'hématocèle a été certainement celui que nous venons d'indiquer. La tumeur ne contient pas seulement du sang pur, mais plutôt un mélange de sérosité, de pus et de sang. Nous faisons allusion actuellement aux épanchements sanguins qui surviennent alors que les phénomènes inflammatoires de la séreuse pelvienne remontent à une date récente, mais habituellement la pelvi-péritonite, quand elle existe, ce que nous croyons fréquent, est plus ancienne; quelques adhérences, des troubles dans l'exercice régulier des fonctions génitales en sont les seuls indices, et le sang qui s'épanche dans une cavité cloisonnée, siége de phénomènes inflammatoires chroniques, non-seulement ne peut être résorbé par cette séreuse dont la structure est profondément modifiée, mais y détermine encore une poussée congestive, une formation de fausses membranes qui l'emprisonnent.

Si la cavité pelvienne est libre de toute adhérence, et si le sang peut se diffuser librement dans la cavité péritonéale, quel que soit alors le point de l'hémorrhagie, il n'y aura pas de tumeur au

début. Les cas, nous le répétons, où la séreuse pelvienne est avant l'apparition de l'hémorrhagie indemne de toute lésion, nous paraissent rares; il n'en existe pas moins des observations mentionnées par tous les auteurs, dans lesquelles on voit l'hématocèle survenir chez une femme en pleine santé.

Tant que le sang reste fluide, il forme une espèce de lac au milieu duquel flottent les anses intestinales; cette masse liquide, qui n'est pas plus appréciable par la palpation des parois abdominales que par le toucher, varie de siége avec la position des malades, et se comporte comme l'intestin, suivant que le rectum ou la vessie sont pleins ou vides. Lorsque l'urine, les matières fécales ne distendent pas ces divers organes, le sang reste dans les culs-de-sac péritonéaux; il remonte, au contraire, au-dessus du détroit supérieur, gagne les fosses iliaques, puis la région lombaire, sous l'influence de leur réplétion. Les déplacements de cette masse fluide ne sauraient être appréciés; ce n'est que lorsque la coagulation s'est produite et que l'enkystement a eu lieu, toutes conditions qui créent une tumeur et l'empêchent d'être refoulée, que le chirurgien constatera les signes d'une hématocèle.

Si l'hémorrhagie se produit tandis que l'intestin et la vessie sont vides, la tumeur prendra des dimensions considérables; si, au contraire, ces organes sont dilatés, il n'y aura qu'une très-petite quantité de sang qui pénétrera dans le cul-de-sac utéro-rectal, et la tumeur sera surtout située au-dessus de l'utérus. Dans de tels cas, les caractères classiques de l'hématocèle font défaut, l'utérus comprimé de haut en bas par l'épanchement sanguin sera abaissé et non repoussé en avant.

L'hématocèle la plus caractéristique se rencontre dans les cas où le sang provient d'un point situé profondément, ou encore lorsque l'écoulement sanguin se produit lentement et par exhalations successives, par une sorte de *stillicidium*. Le volume de la tumeur varie depuis la grosseur d'un œuf jusqu'aux dimen-

sions d'un utérus à terme. Simpson [1] rapporte trois cas où la tumeur avait des dimensions considérables. La forme de la tumeur qui se moule en partie sur l'excavation pelvienne est variable ; d'ordinaire, les intestins grêles sont, d'après la description de Nélaton, repoussés en haut, ils sont accolés et réunis dans les points de contact par des fausses membranes assez denses qui forment une barrière solide à la diffusion de l'épanchement sanguin. Cette union des diverses circonvolutions de l'intestin grêle qui plongent habituellement dans le bassin, leur adhérence avec les parois abdominales servent à constituer la partie supérieure de la tumeur et donnent lieu, d'après M. Bernutz, à une sorte de diaphragme pathologique, s'abaissant à chaque mouvement respiratoire et séparant complétement l'excavation pelvienne de la cavité abdominale.

L'enveloppe de la tumeur a une épaisseur variable suivant l'ancienneté du kyste. Au début, la paroi est formée par des fausses membranes fibrineuses, bientôt conjonctives. Pendant quelque temps elle est représentée par une pellicule mince, analogue par son aspect à une membrane séreuse, susceptible dès lors de faire illusion. Au dire de Nonat, elle a dû en imposer souvent pour un repli du feuillet péritonéal et faire croire à des observateurs qu'il n'existait que des hématocèles intra-péritonéales. Cette membrane adventive s'épaissit lentement ou par poussées inflammatoires ; les néo-membranes celluleuses deviennent plus denses, plus résistantes ; à leur face interne se déposent des couches concentriques de fibrine qui forment une série de lamelles superposées, comparables à celles d'un sac anévrysmal ancien. On lira dans la description de la pièce pathologique dont nous donnons un dessin, des détails sur les caractères de cette poche sanguine. Les parois sont arrondies et lorsqu'une terminaison favorable se produit, que le sang se résorbe, la poche revient sur elle-même, grâce à l'orga-

1. Simpson in Beigel, p. 143.

nisation du tissu conjonctif qui la circonscrit. Les caractères cliniques de la tumeur se modifient alors ; la mollesse, la fluctuation parfois perceptible, diminuent, puis disparaissent ; l'hématocèle devient quelquefois, avec le temps, d'une dureté ligneuse, c'est alors que des erreurs de diagnostic sont possibles et qu'il est arrivé de prendre pour un fibrome un épanchement sanguin enkysté, de date ancienne.

M. le professeur Gosselin rapporte, dans ses cliniques[1], avoir eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme qu'il avait examinée à quelque temps de là. Pendant la vie, il avait senti à la région hypogastrique une tumeur dure, non fluctuante occupant l'excavation pelvienne ; il crut, ainsi que D.-J. Beau, à un fibrome. A l'autopsie, la tumeur située entre le rectum et l'utérus, du volume d'une forte orange, était constituée par des caillots englobés dans une coque de fausses membranes. C'était évidemment, dit M. Gosselin, une hématocèle avec caillots et parois néo-membraneu ses très-épaises.

Parfois uniloculaire, la cavité du kyste est fréquemment traversée par des brides, des cloisons qui le divisent en loges plus ou moins distinctes. On a vu aussi deux kystes superposés l'un à l'autre présenter une indépendance complète : ils formaient deux tumeurs distinctes dont le développement avait eu lieu à des époques différentes.

Le sang contenu dans cette poche adventive est coagulé ou liquide, de couleur variable suivant l'âge de l'épanchement, et suivant les modifications chimiques qu'il a subies. Des données approximatives fournies par les autopsies ou par l'évacuation de la tumeur pendant la vie, il résulte que la quantité de sang enkysté varie depuis quelques grammes jusqu'à un kilogramme et même au delà. Saexinger[2] a vu la tumeur renfermer quatre livres de sang. Ce liquide est tantôt pur, fluide comme le sang

1. L. Gosselin. *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, t. II, p. 515.
2. *British. medic. chirurg.* Review, 1864.

veineux (Nonat), tantôt et le plus souvent épais, opaque, poisseux, d'une consistance analogue à la lie de vin, sirupeux, comme de la mélasse, d'une couleur bleuâtre. Rarement pendant les premiers mois, les caillots sont durs, fibrineux, décolorés.

Nous ne voulons pas nous étendre plus longuement sur ces transformations du sang enkysté ; elles sont, en effet, celles de toutes les tumeurs sanguines anciennes.

On a signalé dans quelques cas la dilatation des trompes ; les canaux des oviductes faisant partie intégrante du kyste. M. Letenneur a rapporté une observation d'hématocèle où très-probablement semblable disposition d'une trompe existait ; en pressant sur la région hypogastrique, on déterminait l'écoulement d'un liquide sanguin par le canal utéro-vulvaire ; il semblait, à n'en pas douter, que l'hématocèle se vidait de cette façon par le passage du sang dans la trompe.

Les lésions des organes qui ont été le point de départ de l'hémorrhagie ne nous arrêteront pas ; elles peuvent être des plus diverses, et nous nous sommes suffisamment étendu sur ce sujet en traitant de la pathogénie des tumeurs sanguines intra-pelviennes. S'il est des cas où l'on peut reconnaître la source de l'hémorrhagie, il en est d'autres où l'on ne peut avoir que des présomptions. Les annexes sont toujours plus ou moins altérés, fréquemment le canal de l'oviducte est oblitéré, le pavillon froncé ; parfois la trompe fait partie de la tumeur et présente des dilatations kystiques remplies de sang altéré.

Quelquefois, en même temps que du sang épanché, on a observé des foyers inflammatoires et même des foyers purulents, en sorte que le phegmon péri-utérin et l'hématocèle qui ont tant d'analogie, au point de vue de leur siége (apparent), de leurs causes et de leurs symptômes, peuvent aussi se compliquer l'un l'autre [1].

Lorsque la tumeur atteint des dimensions considérables, elle

1. Cornil et Rauvier. *Manuel d'histologie pathologique*, p. 1139.

refoule les organes mobiles qui l'entourent; l'utérus est repoussé vers la symphyse pubienne, à laquelle il paraît parfois intimement accolé; la vessie, le rectum sont aplatis, l'extrémité supérieure du vagin est refoulée et comprimée.

On comprend que, suivant le siége, le volume de la tumeur, les déplacements de l'utérus soient des plus variables; dans quelques cas, il a effectué une rotation sur son axe, dans d'autres il s'est incliné à droite ou à gauche, entraîné par des adhérences qui le maintiennent dans sa déviation.

Suivant M. Courty, l'utérus participant à la congestion dont les annexes sont le siége, est le plus souvent augmenté de volume. Les parois hypertrophiées n'offrent pas la même résistance qu'à l'état normal; ramollies, elles se laissent facilement déprimer. Sur la pièce dont nous donnons le dessin (fig. 1), la paroi postérieure de l'utérus a cédé sous la pression du kyste; elle s'est enfoncée formant un méplat au niveau de la partie antérieure de la tumeur.

Le volume exagéré de l'hématocèle peut encore amener par compression des lésions des organes voisins, autres que les annexes de l'utérus. C'est ainsi que dans un cas observé par M. Dumontpallier et dont l'examen anatomique fut fait par M. de Sinéty, les uretères étaient comprimés et dilatés. Consécutivement les reins s'étaient altérés et la malade, qui avait résisté à plusieurs hémorrhagies intra-pelviennes provenant d'un kyste fœtal, succomba à des accidents urémiques.

Nous ne nous étendrons pas sur les lésions de la péritonite maintes fois constatées à l'autopsie; elles sont celles, du reste, de toute péritonite. Lorsque la tumeur longtemps stationnaire a suivi une marche lente, qu'elle s'est accrue progressivement, par poussées correspondant aux époques menstruelles, la péritonite dont l'évolution a été celle de l'hématocèle est remarquable par son étendue et les lésions qui l'accompagnent. Les anses intestinales diminuées de longueur, ratatinées, sont rapprochées et réunies par des fausses membranes. M. Delore a eu

l'occasion d'observer ces péritonites chroniques dans le cas d'hématocèle volumineuse, il a vu la mort survenir longtemps après le début des premiers accidents et les malades succomber avec des troubles gastro-intestinaux, dont rendent bien compte la suppression plus ou moins complète des mouvements péritaltiques, l'atonie des anses intestinales enserrées par des fausses membranes.

Le *Lyon médical*[1], contient une observation fort intéressante d'hématocèle rétro-utérine ancienne ayant déterminé par cicatrices un étranglement interne. Le début des accidents datait d'un an. La malade succomba à des accidents d'étranglement interne et de péritonite. A l'autopsie on constata les signes d'une péritonite récente. Le gros intestin, excessivement volumineux, était distendu par des matières fécales. Au niveau de la partie postérieure et supérieure de l'utérus, à environ 15 centimètres au-dessus de l'anus existait un étranglement circulaire presque complet, produit par des brides cicatricielles qui unissaient intimement toute la partie postérieure de l'utérus au rectum et aux parties voisines. A un centimètre environ au-dessus de l'étranglement, on remarquait une perforation récente, à bords nets, circulaires, par où les matières s'échappaient si on comprimait l'intestin.

ÉTIOLOGIE.

L'hématocèle se produit rarement chez des femmes dont la santé n'a pas éprouvé d'atteintes antérieures ; beaucoup ont eu à une période plus ou moins éloignée, des accidents puerpéraux, des signes de péritonite ; plus fréquents encore sont les troubles menstruels de toute nature, qui précèdent l'apparition de la tumeur sanguine. Nous ne saurions trop insister sur ces phénomènes, en quelque sorte avant-coureurs de l'hématocèle. Que l'on

1. *Lyon médical*, 19 septembre 1875, p. 79. (Observation recueillie par A. Magnin, interne des hôpitaux.)

interroge les malades avec soin, le plus habituellement on trouvera dans leurs antécédents des avortements, des suites de couches longtemps douloureuses, mais surtout des accidents du côté de la menstruation.

Pendant des mois, les règles ont été supprimées, et cela sans cause appréciable, la malade a journellement éprouvé des douleurs abdominales, lombaires, plus marquées aux époques où aurait dû se produire l'écoulement menstruel, ou bien, depuis quelque temps, les règles sont profuses ; la perte sanguine par son abondance affaiblit la malade, l'anémie lorsqu'éclatent des accidents nouveaux. Entre ces deux termes extrêmes : aménorrhée complète et métrorrhagie de longue durée se place toute la série des troubles menstruels, moins accusés, remontant parfois à une date déjà éloignée, mais qui doit faire craindre un état pathologique des organes génitaux. Dans la plupart de nos observations suffisamment circonstanciées, se trouvent indiqués ces commémoratifs; c'est là un point de l'histoire de l'hématocèle sur lequel l'attention n'a pas été encore suffisamment appelée; quoique l'on considère l'hématocèle ou mieux l'hémorrhagie interne qui en est le premier degré comme le symptôme de lésions anatomiques diverses, on s'est peu préoccupé de cette première période où des phénomènes inflammatoires préparaient la voie à l'épanchement sanguin.

Si l'on réfléchit aux conditions d'enkystement du sang dans les culs-de-sac péritonéaux, aux résultats obtenus expérimentalement, on sera bien tenté de croire que l'hématocèle réclame pour se produire un terrain préparé à l'avance. Parfois une femme en pleine santé, chez laquelle l'apparition et le développement des fonctions génitales internes n'avaient absolument rien présenté d'anormal, de pathologique, a été prise tout à coup d'accidents graves, indices d'une hémorrhagie interne; mais on le remarquera, dans de pareils cas une mort rapide a été la terminaison habituelle, et cela, avant que le sang ait eu le temps de s'enkyster et l'hématocèle de se produire.

Les idées que nous venons de développer s'appliquent tout aussi bien aux hématocèles par grossesse extra-utérine qu'à celles qui sont indépendantes de toute fécondation, et même de toute ponte spontanée. Nous ne connaissons pas du tout, en effet, les conditions diverses qui, s'opposant à la migration naturelle de l'œuf, l'obligent à se développer en dehors de la cavité utérine. Il est infiniment probable cependant, pour ne pas dire plus, que le développement de l'ovule en un point quelconque de l'excavité pelvienne, reconnaît pour cause un trouble dans les fonctions physiologiques de la trompe, telles que peuvent les produire des brides, des adhérences, reliquats d'inflammations plus ou moins anciennes.

C'est le plus ordinairement au moment de la période menstruelle que se produit l'extravation sanguine, alors qu'il existe du côté de tout l'appareil sexuel cette hypérénie dont nous avons déjà signalé l'importance en traitant du mécanisme varié de l'épanchement sanguin. On n'ignore pas l'influence de l'époque cataméniale, même dans la grossesse utérine, sur les hémorrhagies et l'avortement. Très-fréquemment la rupture d'un kyste fœtal coïncide avec le moment où les règles auraient dû se faire jour, s'il n'y avait pas eu grossesse. Il semble que rien ne soit plus facile à propos de questions de ce genre de sortir du domaine des probabilités et d'établir par des chiffres le degré de fréquence de tel ou tel phénomène ; il n'en est rien cependant, et cela pour des raisons bien faciles à comprendre.

Souvent les observations présentent dans les détails des lacunes qui peuvent à un premier examen paraître sans importance, mais qui éclatent avec toute évidence lorsqu'il faut en tirer des conclusions synthétiques sur les causes et la marche de l'affection.

C'est ainsi, par exemple, qu'en ce qui concerne la proportion d'hématocèles survenues pendant ou en dehors de la menstruation, nous n'avons, chose regrettable, que peu de renseignements à ce sujet. Nous donnons bien un tableau de tous les

cas parvenus à notre connaissance, et l'on paraîtrait en droit d'attendre des résultats statistiques du dépouillement de nos 86 observations.

En compulsant ainsi les faits, nous espérions pouvoir les comparer les uns aux autres et baser notre travail sur des chiffres éloquents. Nous pourrions certainement montrer que dans 86 cas d'hématocèles, les accidents ont apparu, par exemple, 46 fois pendant la menstruation, mais l'utilité d'une telle recherche serait plus apparente que réelle; nous disons plus, la proportion courrait grand risque d'être fausse, car pour les autres observations rien ne prouve que l'on se soit préoccupé de la menstruation. Si nous abordons un autre point de vue, le traitement de l'hématocèle, les difficultés sont encore bien plus grandes. Dans un certain nombre de cas, le chirurgien est intervenu, il a pratiqué une ponction de la tumeur alors que la malade était dans un état des plus graves ; la mort est survenue. Faut-il l'attribuer à la ponction ? Dans un autre cas, la tumeur ne se révèle plus que par son volume, elle n'entraîne aucun accident. On fait une ponction, la malade succombe. Doit-on rapprocher l'un de l'autre ces deux faits ? Non, ils sont d'une dissemblance complète et cependant dans une statistique portant sur un petit nombre de faits, ils feraient partie d'un même groupe.

Les observations bien prises, en nombre suffisant, font défaut. En recherchant dans notre tableau les indications vraiment chiffrables qu'il pouvait nous fournir, nous sentions que c'était dénaturer les faits que de les réunir ainsi les uns aux autres. Une statistique n'a quelque valeur que lorsqu'elle est basée sur un nombre considérable d'observations qui apportent un ensemble de faits comparables entre eux.

Notre tableau ne saurait avoir d'autre but qu'un indice bibliographique circonstancié, les observations que nous avons pu recueillir de côté et d'autre sont et trop peu nombreuses et parfois trop écourtées.

Deux conditions, nous l'avons vu, se rencontrent fréquem-

ment dans l'apparition de l'hématocèle : troubles, altérations de l'appareil génital interne et menstruation. C'est donc une maladie à laquelle la femme n'est pas exposée pendant toute la vie; elle se montrera surtout à l'époque de la plus grande activité fonctionnelle des organes génitaux.

Sur un total de 34 observations où l'âge est mentionné, l'âge de 30 ans pris comme moyenne serait le plus favorable au développement de l'hématocèle péri-utérine. 74 fois l'âge des malades était indiqué dans nos observations, et nous trouvons de : 15 à 20 ans, 9 cas. — M. Voisin n'en cite qu'un avant 21 ans. — 20 à 25, 12. — 25 à 30, 22. — 30 à 35, 20. — 35 à 40, 8. — De 25 à 35 ans serait donc le maximum de fréquence de l'hématocèle.

Suivant M. Bernutz, l'hématocèle deviendrait de nouveau fréquente vers 40 ans : le relevé de nos observations ne confirme pas cette manière de voir; nous n'avons, en effet, de 35 à 40 ans, que 8 cas; passé cet âge l'hématocèle serait encore plus rare. Dans deux observations, les malades avaient 43 ans. Nous lisons dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1869), une communication faite par M. Richelot, sur une hématocèle recto-utérine chez une femme de 52 ans; mais, il s'agit d'un cas complexe. Une tumeur cancéreuse occupait le petit bassin, la déchirure de son tissu avait été le point de départ d'une hémorrhagie dans le cul-de-sac utéro-rectal. Nous devons à M. Laroyenne la relation d'un cas d'hématocèle chez une jeune fille de 13 ans, non réglée; dans le courant de la maladie qui dura 22 jours et se termina par la mort, il y eut un peu d'écoulement sanguin au dehors.

Des détails que nous venons de fournir, il résulte que l'hématocèle s'observe peu après 40 ans, et paraît très-rare avant 15 ans, c'est-à-dire avant l'établissement de la menstruation[1]. L'époque de la première apparition du flux menstruel est signa-

1. Nous sommes complétement en désaccord avec Fritsch (*loc. cit.*), d'après qui l'hématocèle s'observerait surtout entre 21 et 47 ans, et qui la considère comme tout à fait exceptionnelle chez les multipares.

lée 26 fois et aurait eu lieu en moyenne de 14 à 16 ans, comme l'a dit M. Voisin. Dans 13 cas, l'écoulement menstruel s'est montré un peu tardivement, de 15 à 18 ans.

La profession ne paraît pas avoir une influence réelle sur le développement de l'hématocèle[1], les professions pénibles y sont cependant de préférence exposées et nous pensons, d'après les renseignements que nous avons pu recueillir, que l'hématocèle serait plus fréquente dans les classes pauvres que dans les classes riches, à la ville qu'à la campagne.

Certaines causes accidentelles jouent, à n'en pas douter, un grand rôle dans la production de l'hémorrhagie interne; des traumatismes des régions abdominale, pelvienne, des efforts violents sont maintes fois signalés. Il en est de même des courses prolongées, des cahotements d'une voiture, en un mot de toutes les violences extérieures. Chez des malades, où il a pu avoir des données précises sur l'étiologie de l'affection, M. Voisin a noté sept fois la douleur initiale pendant l'acte vénérien, alors qu'un rapprochement sexuel avait eu lieu pendant les règles, ou un jour après leur terminaison. Les émotions morales vives et brusques, l'action locale ou générale du froid pendant les époques menstruelles, constituent un danger non moins grand que les excès de coït. Dans beaucoup d'observations, la malade a attribué le début des accidents à l'application d'un corps froid sur les organes génitaux, tels que des compresses imbibées d'eau froide, des injections vaginales fraîches pratiquées pendant l'époque des règles, ainsi que Nonat en a observé deux cas. Signalons encore, dans le même ordre d'idées, un refroidissement brusque, le corps étant en transpiration, etc.

Quoique l'hématocèle ne survienne pas toujours à l'époque menstruelle, et que l'on puisse donner le nom collectif d'hématocèle par rupture à ces variétés, réservant au plus grand nombre,

1. Sur 38 femmes atteintes d'hématocèle péri-utérine, et dont la profession est indiquée, nous avons 16 couturières, 10 domestiques ou journalières, 5 blanchisseuses et repasseuses, 3 prostituées.

ainsi que Trousseau l'a si bien fait observer, le nom de *catamé-niale*, il n'en est pas moins vrai que les mêmes causes agissent dans les deux cas; ce qu'il importe de ne pas oublier, c'est que toutes les circonstances capables d'accroître la congestion menstruelle ou d'en arrêter brusquement le cours peuvent concourir à la production des tumeurs sanguines intra-pelviennes.

A côté des causes locales se placent des causes générales dont nous avons déjà parlé au chapitre *Exposé des théories.*

Les maladies graves, infectieuses, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, etc., déterminent parfois des hémorrhagies péri-utérines.

Dans une des observations que nous rapportons, et qui nous a été communiquée par M. D. Mollière, la malade était, à n'en pas douter, atteinte d'hémophilie; elle avait eu, à différentes reprises, des hémorrhagies allant jusqu'à la syncope, par des plaies insignifiantes.

Si l'on considère l'hématocèle péri-utérine au point de vue de sa fréquence, on est étonné de la divergence des auteurs. Tandis qu'en Allemagne, Seyfert obtenait, en la comparant aux autres affections utérines, un chiffre de 5 pour 100, Scanzoni dit n'en avoir observé que deux cas en vingt ans.

Nous empruntons au Mémoire de Fritsch les statistiques suivantes qui sont intéressantes, mais qui donneront difficilement une idée exacte de la fréquence de l'hématocèle.

Beigel (t. II, p. 136) a réuni 2,000 cas d'affections gynécologiques; sur ce nombre, il a trouvé 38 hématocèles. Pour Schrœder, la proportion serait moins forte, 7 pour 1,000 seulement.

Sur 1,272	maladies de femmes	(d'après Seyfert).	66	hématocèles.
1,145	—	(Olshausen) . . .	34	—
363	—	(Spiegelberg) . .	0	—
3,801	—	(Hugenberger).	0	—

Nous n'essayerons pas de chercher l'explication de divergences aussi grandes. En France, on trouve plus d'unité dans l'opinion des chirurgiens sur la fréquence de l'hématocèle, et

il est généralement admis qu'elle constitue une maladie rare; mais les opinions sont partagées sur le degré de rareté.

Tel clinicien éminent, pendant vingt années passées dans les hôpitaux, n'en a pas vu un exemple soit dans les salles, soit à l'amphithéâtre; tel autre a eu l'occasion d'en observer plusieurs fois, mais sans avoir la confirmation du diagnostic par l'autopsie. Assez souvent, surtout au début, des pelvi-péritonites, des phlegmons péri-utérins, ont été pris pour des hématocèles, mais il existe des cas relativement nombreux où l'erreur de diagnostic n'était pas possible (l'ouverture spontanée, la ponction donnant issue à un liquide hématique plus ou moins abondant), enfin des autopsies dans le genre de celles de M. le professeur Le Fort ont levé depuis longtemps tous les doutes.

Il est probable que, si l'on a confondu parfois des pelvi-péritonites avec des hématocèles, assez fréquemment pendant la vie, ces tumeurs sanguines ont pu passer inaperçues. Lorsqu'il y a eu un suintement sanguin plutôt qu'une hémorrhagie, la tumeur s'est formée lentement, elle a pu s'enkyster sans aucun symptôme morbide. Telle est, du moins, l'opinion de Beigel, qui aurait plusieurs fois trouvé à l'autopsie des restes d'hémorrhagies plus ou moins anciennes, dans le cul-de-sac de Douglas.

L'hématocèle péri-utérine récidive rarement. M. Voisin n'en cite que trois faits bien avérés, dus à Denonvilliers, Huguier et Trousseau. Deux fois dans une de nos observations, la récidive est survenue, à plusieurs années d'intervalle; la malade était hémophile.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE.

Marche. — Terminaisons.

L'hématocèle péri-utérine ne se présente pas toujours avec le même cortége symptomatique, ce dont rendent parfaitement

compte les différences qui peuvent exister dans l'abondance, la rapidité de l'écoulement sanguin. Cependant, si chez quelques malades, les accidents évoluent lentement et ont une marche insidieuse, laissant le diagnostic hésitant, le plus souvent ils éclatent brusquement et leur manifestation instantanée rappelle sous une forme atténuée le début des hémorrhagies internes.

Lorsqu'on lit attentivement les observations publiées depuis trente ans, on est frappé de la fréquence de l'hématocèle pendant la menstruation, fait sur lequel Trousseau s'est longuement étendu, mais d'autres phénomènes paraissent plus constants encore, et constituent en quelque sorte les signes avant-coureurs de l'épanchement sanguin : nous voulons parler des troubles menstruels qui sont loin d'être constamment les mêmes. Notre proposition sera plus générale et comprendra, à peu d'exceptions près, toutes les hématocèles péri-utérines, aussi nous disons : L'hématocèle apparaît rarement chez des femmes dont le système utérin a été indemne de toute lésion inflammatoire, dont les fonctions génitales n'ont pas été plus ou moins troublées à un moment donné.

Consultez les observations, vous verrez maintes fois signalés dans les antécédents des avortements remontant à plusieurs mois, plusieurs années, des accouchements laborieux, des suites de couches qui ont laissé pendant de longs mois les malades souffrantes. Le plus souvent elles ont été atteintes de périmétrites; depuis longtemps elles se plaignent de douleurs lombaires et abdominales, de troubles du côté du rectum, etc. C'est à partir de ce jour que les règles ont été irrégulières, douloureuses, et ces lésions utérines paraissent avoir créé un terrain favorable au développement de l'hématocèle.

Les phénomènes précurseurs sont tantôt un retard des règles, tantôt une suspension complète; parfois l'écoulement menstruel est d'une abondance extrême, dans d'autres circonstances il dure plus que d'habitude, mais sans être très-abondant, et se prolonge même d'une époque à l'autre ; on a signalé enfin de

véritables métrorrhagies qui, d'après Nonat, seraient le prodrome initial le plus habituel.

Quelquefois, ainsi que l'a bien indiqué M. Gallard, il existe, au début, du malaise, des douleurs lombaires et une sensation de pesanteur dans l'abdomen, surtout vers un des ovaires; des nausées, des vomissements, des phénomènes congestifs du côté des seins, se rencontrent également et, coïncidant avec un retard dans l'apparition des règles, font croire à une grossesse commençante, puis tout à coup apparaissent des symptômes plus alarmants.

Tandis que les phénomènes prémonitoires dont nous venons de parler n'ont rien de caractéristique, les accidents qui apparaissent ont dans leur début, leur marche, quelque chose de pathognomonique ; ils éclatent brusquement, instantanément, et, pour nous servir de l'expression imagée de M. Bernutz, la période *dramatique* commence. Elle répond à l'irruption du sang dans la cavité péritonéale et au début de la péritonite.

Soudainement, sans frisson initial, la malade est prise d'une douleur vive, subite, dans la partie inférieure de l'abdomen, parfois avec sensation d'un craquement, d'un déchirement.

L'acuité de la douleur est notée dans presque toutes les observations; elle acquiert au début son summum d'intensité, et ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères; elle offre naturellement de grandes différences en rapport avec l'intensité des accidents.

Dans quelques cas, la syncope ouvre la scène pathologique ; tout à coup, prise d'une chaleur subite, la malade s'est affaissée, frappée par *l'ictus* hémorrhagique, la face est décolorée et toutes les muqueuses participent à cette pâleur. Le pouls est accéléré, petit, filiforme, souvent impossible à compter ; la température baisse considérablement.

Dans de pareils cas, heureusement rares, la mort survient en peu d'heures, avant que le sang épanché ait eu le temps de donner lieu à une tumeur appréciable.

Cette forme presque foudroyante rentre plutôt dans la catégorie des hémorrhagies internes que des véritables hématocèles; en adoucissant les traits de ce tableau symptomatologique, on a un type clinique plus fréquent. Parfois l'hématocèle débute par les signes d'une obstruction intestinale[1].

Dans le cas de Lober, les symptômes d'étranglement ne peuvent être attribués à la compression exercée sur l'intestin par la tumeur sanguine. Les accidents paraissent dus au développement rapide d'une péritonite suraiguë frappant de paralysie la couche musculaire de l'intestin. Ces phénomènes de pseudo-étranglement, simulant un étranglement interne, semblent se rattacher à l'instantanéité de l'hémorrhagie, à la brusque invasion du sang.

Entre le début suraigu des accidents qui répond à l'effusion d'une grande quantité de sang et la formation lente de l'épanchement, lorsque l'écoulement sanguin se fait goutte à goutte par une sorte de *stillicidium*, de suintement, il existe toute une série de formes intermédiaires, cas mixtes, se prêtant mal à une description, et sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir dans cet exposé symptomatologique.

Lorsque la malade reprend ses sens, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre qui se présentent, tantôt sous la forme de coliques intestinales (Courty[2]), tantôt sous celle des douleurs expulsives de l'accouchement; souvent rémittentes, elles s'exaspèrent à la moindre pression, au plus léger mouvement. Elles s'irradient vers le rectum, la vessie, et surtout dans les reins[3]; la malade est prise de frissons, de nausées et de vomissements; la face est pâle, anxieuse, la soif vive. A la première phase de l'hématocèle caractérisée par les accidents d'une hémorrhagie

1. Lober, *Bulletin médical du Nord*, 1876.
2. *Loc. cit.* page 1046.
3. Les malades éprouvent quelquefois des douleurs gravatives au-dessus de l'anus, elles ont la sensation d'un corps volumineux qui tend à sortir par le vagin (Nonat).

interne (phase hémorrhagique) fait place une phase inflammatoire dans laquelle se déroulent des symptômes analogues à ceux des péritonites partielles.

Par le siége des douleurs, le ballonnement du ventre, l'attention du chirurgien est appelée vers la région hypogastrique, et il peut à ce moment constater l'existence d'une tumeur. Prenons le cas, de beaucoup le plus fréquent; le sang occupe la cavité de Douglas. La tumeur est située en arrière de l'utérus qu'elle refoule en haut et en avant, si bien que, dans certains cas, le doigt ne peut pas atteindre l'extrémité du col appliqué lui-même contre la face postérieure du pubis. Cette tumeur de forme arrondie, globuleuse, présente souvent de petites inégalités dont se rend compte le doigt introduit dans le vagin. Elle est plus sensible au toucher qu'à la palpation. Dans les huit ou dix premiers jours, la consistance est élastique, fluctuante dans quelques cas. Par le palper abdominal et le toucher combinés, on a parfois nettement perçu la sensation de flot. Au bout de trois semaines, et quelquefois plus tard, elle devient plus compacte, plus pâteuse, et s'indure de plus en plus à mesure que l'on s'éloigne du début de la maladie. Tantôt, cependant, la tumeur reste molle; tantôt, au contraire, après avoir été dure, elle redevient liquide; ce changement s'observe, d'après M. Voisin, dans les cas où le péritoine pelvien est très-enflammé, et fournit une grande quantité de sérosité, dans laquelle se délaye le sang épanché. Dans des périodes avancées, la tumeur peut présenter une dureté presque ligneuse. Les parois, ainsi que nous l'avons dit en traitant de l'anatomie pathologique, sont parfois très-épaisses; Récamier, Nélaton les ont trouvées comme cartilagineuses.

En avant de la tumeur principale, on observe souvent au-dessus du pubis une tumeur plus petite, constituée par l'utérus. Outre les changements qui se produisent dans sa consistance pendant les premières années, l'hématocèle présente un caractère très-important : c'est la variabilité de consistance des diffé-

rents points. Fluctuante dans une région, élastique dans une autre, molle, résistante en certains points, elle peut donner en quelques endroits la sensation d'une tumeur solide. Mais, dans les premières semaines, la plus grande partie de la tumeur offre une élasticité pâteuse, comparable à celle d'un caillot sanguin (Olshausen, *Archives für Gynæcolog*, t. I, p. 29). M. Puech dit avoir constaté une fois la crépitation sanguine. Ces variations que l'on observe dans la densité de la tumeur ne peuvent être perçues que par le toucher. Dans quelques cas, le doigt a pu sentir à la surface de la tumeur vaginale un battement artériel, le fait est noté dans plusieurs observations. La distance de la tumeur à la vulve, dans les cas relevés au nombre de quatre par M. Voisin, a été de 3 à 7 centimètres. L'orifice du col est souvent mou, entr'ouvert et donne passage à des mucosités; parfois il existe un écoulement menstruel persistant que M. Puech a considéré comme caractérisant l'hématocèle d'origine tubaire. Jamais le col n'est dans sa position normale, le plus habituellement porté en avant et accolé à la face postérieure du pubis, il est parfois dévié à droite ou à gauche, très-rarement abaissé ; il paraît fixe, immobile dans sa nouvelle position, et quant au corps de l'utérus, on ne peut ordinairement préciser sa situation. Par le toucher rectal, le doigt est comprimé par la tumeur dont il détermine rarement par ce mode d'exploration la limite supérieure. Enclavé dans le petit bassin, le kyste se laisse déprimer par le doigt, puis revient sur lui-même aussitôt que la pression cesse; suivant Nélaton, on ne peut lui imprimer aucun mouvement de totalité.

L'hématocèle est généralement trop éloignée des parois pour que l'on puisse, par l'exploration externe, apprécier sa consistance, parfois comparable à celle de l'utérus gravide, dans les derniers mois de la grossesse.

De l'ensemble des observations analysées par M. Voisin, il résulte que, dans la plupart des cas, la tumeur fait saillie en avant de la paroi abdominale antérieure, dépasse le détroit supé-

rieur et se rapproche de l'ombilic ; on l'a vue remonter à quatre travers de doigts et dans un cas jusqu'à cinq au-dessus de l'ombilic. La tumeur dont le volume est très-variable n'occupe presque jamais exactement la ligne médiane, elle semblerait se développer à droite de préférence. Elle donne un son mat à la percussion, en haut elle est limitée par une ligne courbe à convexité supérieure, dont les dimensions et la forme ne varient pas, quelle que soit la position que l'on fasse prendre à la malade. Lorsque la quantité de sang épanché est considérable et qu'elle dépasse 300 à 400 grammes, chiffre qui représente à peu près la capacité de l'excavation pelvienne, le sang remonte de chaque côté dans les fosses iliaques et lorsqu'on palpe la tumeur, on trouve qu'elle représente assez exactement, suivant la comparaison de M. Siredey, la forme d'un cœur de carte à jouer.

Dans certaines formes d'hématocèle, on voit la tumeur subir des alternatives de diminution et d'augmentation à l'époque des règles, et toutes les observations prises avec soin témoignent d'une recrudescence dans les symptômes.

Que l'irruption menstruelle ait lieu ou non, toujours à cette époque les douleurs abdominales sont plus vives, il survient du malaise et un léger mouvement fébrile. On constate alors que la tumeur, devenue plus douloureuse, a sensiblement augmenté de volume. Parfois ces accidents, dus à la turgescence de tout l'appareil génital interne qui accompagne chaque ovulation, sont assez prononcés pour rappeler les accidents caractéristiques de la période aiguë. Suivant Nonat, toutes les autres causes : rapports sexuels, équitation, courses, etc., susceptibles de congestionner l'utérus et ses annexes, peuvent provoquer dans les symptômes de l'hématocèle des redoublements semblables. Il est probable que parfois ces alternatives de tension et de relâchement de la tumeur ne sont point dues seulement à ce simple phénomène d'*érectilité*; de nouvelles hémorrhagies peuvent se produire, soit en dedans, à la face interne de la tumeur, aux

dépens des vaisseaux de la paroi, soit en dehors, que le sang provienne de l'organe qui a déjà fourni une première hémorrhagie dans l'excavation pelvienne, ou qu'il ait sa source dans les néo-membranes environnant la tumeur. La présence dans certains cas de divers kystes indépendants n'est-elle pas un argument à l'appui de ces nouvelles hémorrhagies?

Lorsque la tumeur est très-développée, elle amène des accidents par compression des organes voisins. C'est ainsi qu'une constipation opiniâtre se produit, la défécation devient excessivement douloureuse, il y a du ténesme vésical, et dans plusieurs cas, soit sous l'influence de la pression, soit par inflammation de voisinage, on a observé du catarrhe intestinal. M. Voisin a signalé dans plusieurs observations des accidents dysentériques apparaissant un temps variable, après le début des accidents, et les considérait comme utiles à la résorption du sang épanché.

Le ténesme vésical est très-fréquent, la vessie comprimée entre l'utérus et la symphyse ne peut se distendre et permettre à l'urine de s'y accumuler. On a observé de l'incontinence, de la rétention d'urine dont rend compte l'aplatissement de l'urèthre contre la symphyse pubienne. La teinte rouge, sanguinolente, de ce liquide a été observée plusieurs fois par M. le professeur Bouchacourt; elle serait due, d'après M. Voisin, à son mélange avec le sang qui baigne fréquemment les grandes lèvres. L'utérus, le rectum et la vessie ont entre eux une solidarité remarquable, ils forment en pathologie ce que l'on peut appeler le trépied pelvien, toute lésion de l'un de ces organes retentit sur les deux autres. Comme dans le cancer de l'utérus, on peut voir la pression exercée sur les uretères par l'hématocèle, s'opposer au suintement de l'urine dans la vessie, et les accidents graves et souvent mortels de l'urémie en être la conséquence. La compression des branches du plexus sacré et lombaire détermine des douleurs atroces dans les parois abdominales, dans l'aine, suivant le trajet des nerfs crural et sciatique.

M. Marrotte [1] a cherché à établir une relation entre le développement de l'hématocèle et l'existence de névralgies lombo-abdominales et lombo-sacrées; que la douleur ait une influence hémorrhagipare, nous ne le contestons pas, mais les cas auxquels nous faisons allusion sont tout différents : l'hématocèle est cause et non effet.

Dans l'observation qui nous a été communiquée par M. Ollier, les douleurs prirent rapidement le caractère névralgique et le conservèrent avec une ténacité désespérante. Pendant un certain temps, elles occupèrent le côté droit, l'aine, la cuisse, le talon, puis elles se déplacèrent brusquement à gauche. Ce transfert des douleurs d'un côté à l'autre, souvent sans cause appréciable, s'observe assez fréquemment dans les affections de l'utérus ou des annexes. Malgré une médication énergique, les douleurs ont persisté pendant des mois, avec accès, deux, trois et quatre fois par jour; elles augmentaient encore à chaque époque menstruelle et n'ont un peu diminué qu'après l'ouverture de la tumeur par le vagin, alors qu'une notable quantité de pus s'en était écoulée. Le mauvais état général des malades, l'anémie profonde dans laquelle elles se trouvent, contribuent à prolonger ces douleurs névralgiques, parfois si rebelles à toute thérapeutique.

De telles douleurs ne sont pas, en outre, simplement le fait de la compression des plexus nerveux et de leurs origines, elles dépendent encore, dit M. Gallard, de l'action sympathique exercée sur ces nerfs par tout le système utérin, elles se rencontrent souvent au même degré dans une foule d'autres affections des organes génitaux.

Dans quelques circonstances, la tumeur, comprimant les gros troncs veineux, gêne la circulation en retour et provoque de l'œdème des membres inférieurs. L'œdème est toujours plus

1. Marrotte. *Considérations nouvelles sur la pathogénie de l'hématocèle rétro-utérine* (*Arch. gén. de méd.* Juillet 1873).

prononcé du côté correspondant à la portion la plus volumineuse de l'hématocèle, et quelquefois il y a lieu de le rattacher à une phlébite des veines correspondantes. On a noté un œdème du vagin et de la vulve; le vagin, formant une espèce de bourrelet, faisait saillie entre les grandes lèvres.

L'utérus, ainsi que nous l'avons dit, est refoulé vers le pubis; déplacé, comprimé par la tumeur, il est souvent le point de départ de métrorrhagies, soit consécutives aux troubles circulatoires résultant de la pression qu'il éprouve, soit survenant sous l'influence de l'hypérémie que présentent dans ces circonstances tous les organes contenus dans la cavité pelvienne.

A cette évolution des accidents correspond un ensemble de phénomènes généraux, dont les caractères empruntés à la péritonite s'atténuent avec le temps et sont en rapport avec le plus ou moins d'acuité de l'affection. Les premiers jours qui suivent l'irruption du sang dans la cavité péritonéale, alors que le ventre se ballonne et que la moindre pression, le plus léger mouvement déterminent de violentes douleurs, la malade éprouve des frissonnements vagues, parfois de véritables frissons; la fièvre s'allume, la température monte à 39° et au delà, la peau est chaude, le pouls petit, concentré, oscillant entre 100, 120 et 140 pulsations par minute; en même temps surviennent des nausées ou des vomissements plus ou moins marqués, parfois même incoercibles. La peau est pâle ou d'un blanc mat, la face grippée exprime la souffrance, l'anxiété; les chairs sont flasques et molles.

La défécation difficile, par suite d'une constipation opiniâtre, s'accompagne des plus vives douleurs, la rétention d'urine est habituelle, et l'on doit avoir recours au cathétérisme, mais parfois il existe de l'incontinence. Au milieu de leurs souffrances, les malades ne perdent que rarement l'usage de leur intelligence, le coma a été noté une fois (Voisin); couchées dans le décubitus dorsal, elles évitent tout mouvement, ne pouvant même supporter la position assise.

Ces premiers accidents sont de courte durée; au bout de quelques jours les nausées et les vomissements cessent, le pouls a perdu de sa fréquence, mais il est encore plus accéléré qu'à l'état normal; le facies n'est pas aussi grippé qu'au début, mais amaigri, il présente davantage l'aspect cachectique et sur ce seul indice on a pu croire à l'existence d'une tumeur cancéreuse (Courty).

Les malades sont dans une faiblesse extrême, telle qu'on l'observe dans les hémorrhagies abondantes.

Les douleurs n'ont plus les mêmes caractères; d'aiguës, lancinantes, elles sont devenues sourdes, compressives, moins vives pendant et après chaque exploration. L'appétit renaît un peu et chaque jour les phénomènes généraux vont en s'amendant, mais la convalescence est souvent fort longue; on doit redouter des recrudescences à chaque période cataméniale. L'acheminement définitif vers la guérison n'aurait lieu, selon M. Bernutz, que, lorsque la première époque ayant déterminé un léger redoublement menstruel des accidents, les règles se seraient produites normalement.

Les hémorrhagies internes dans l'excavation pelvienne qui surviennent parfois dans le cours des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, sont des complications d'un état général souvent déjà très-grave et sont habituellement mortelles. Elles peuvent cependant former hématocèle, mais là n'est point seulement le côté intéressant de ces épanchements sanguins qui se produisent dans des conditions particulières. Leur présence soulève un point de diagnostic différentiel, non moins digne d'intérêt; nous voulons parler de la confusion qui a dû être faite entre le début d'une hématocèle et celui d'une perforation intestinale. Certaines observations de guérison de perforation intestinale dans une fièvre typhoïde, celle entre autres de Castelnau [1] peut fort bien n'être qu'un cas d'épan-

1. *Archiv. de méd.* 1843. Tome II, p. 74.

chement sanguin dans l'excavation pelvienne. L'identité des symptômes dans l'un et l'autre cas, la possibilité des suffusions sanguines intra-péritonéales pendant la fièvre typhoïde, en dehors de toute perforation intestinale, doivent attirer l'attention et, nous apprenant si ces deux complications n'ont pas été quelquefois confondues, mettre à l'abri d'une erreur de diagnostic.

A côté de la forme classique de l'hématocèle, on rencontre parfois des tumeurs sanguines dont l'évolution s'est faite lentement, graduellement, sans provoquer une réaction locale intense, sans s'accompagner de troubles généraux graves. Les malades n'accusent qu'un léger malaise, une faiblesse générale, quelques douleurs expulsives, et cependant le toucher vaginal permet de diagnostiquer une hématocèle. Dans cette variété de tumeurs sanguines, les symptômes qui caractérisent l'état aigu ont fait défaut, ou ont été peu marqués, la maladie a été chronique d'emblée.

Lorsque l'hématocèle siége en avant ou au-dessus de l'utérus, il est facile de comprendre combien les rapports seront différents. Les considérations anatomo-physiologiques dans lesquelles nous sommes entrés nous dispensent d'insister sur les déviations, les déplacements d'organes que l'on rencontre dans ces formes rares d'hématocèle.

Le diagnostic du siége anormal de la tumeur a été facile dans les cas rapportés par Chassaignac, Braun, Gaillard Thomas [1], etc.

Une fois produite, l'hématocèle a une marche essentiellement lente, elle peut à chaque époque menstruelle subir un accroissement plus ou moins marqué; parfois stationnaire pendant longtemps, elle réclame plusieurs mois pour disparaître en totalité ou tout au moins en grande partie. On l'a vue après

1. Gaillard Thomas. *A practical Treatise on the diseases of women.* Philadelphie 1876. p. 488.

plusieurs années présenter le même volume, les mêmes caractères. Pendant cinq ans, M. Delore a suivi une malade atteinte d'hématocèle; la tumeur montait jusqu'à l'ombilic, au moment des règles il y avait une légère recrudescence, qui obligeait la malade à garder le lit pendant quelques jours; mais en dehors des époques menstruelles et de certains moments d'exacerbation la malade continuait d'exercer sa profession. Lorsque M. Delore perdit la malade de vue, le volume de la tumeur s'était peu modifié. Cette persistance de l'hématocèle, sans changement bien apparent dans ses dimensions, alors que le début des accidents date de plusieurs années, est certainement exceptionnelle. Il se passe quelque chose d'analogue à ce que l'on observe pour certaines tumeurs kystiques dont les parois, tapissées par une couche épithéliale, n'ont qu'un bien faible pouvoir endosmotique. La poche hématique d'une épaisseur et d'une résistance variables est constituée à la partie externe par des lames conjonctives, fausses membranes organisées, dont la paroi interne est revêtue de couches fibrineuses stratifiées, rappelant par leur aspect, leur disposition, de vieilles poches anévrysmales. Dans les hématocèles qui restent stationnaires, les parois n'atteignent pas une grande épaisseur, elles ne sont point fibroïdes, fibro-cartilagineuses comme il en existe des exemples pour des tumeurs hématiques en voie de résorption; néanmoins la résorption ne s'effectue pas ou ne se produit que très-lentement. Le liquide que renferme l'hématocèle est un sang noirâtre, poisseux, s'écoulant assez facilement par la ponction lorsque sa viscosité n'est pas trop prononcée; on ne trouve que peu ou pas de caillots, aussi voit-on après l'évacuation de la poche la tumeur disparaître presque complétement. A l'examen histologique, cette bouillie noirâtre contient des granulations graisseuses, des débris de globules rouges, des cristaux d'hématoïdine, dont la matière colorante altérée donne au liquide cette coloration particulière.

Ces tumeurs peuvent cependant dans certaines circonstances

disparaître rapidement, soit que des phénomènes inflammatoires de voisinage aient apparu, soit qu'il y ait eu intervention chirurgicale. Sous l'influence d'une péritonite partielle plus ou moins aiguë, les conditions de vitalité de la poche hématique ont été modifiées, et il n'est pas rare de voir, à la suite de ce coup de fouet inflammatoire, l'hématocèle diminuer de volume et se résoudre souvent assez promptement. La ponction, comme dans quelques cas signalés par M. Laroyenne, ne s'accompagne pas ordinairement de la reproduction du liquide et d'une distension égale de la poche.

Habituellement, à partir du moment de la formation, l'hématocèle tend à diminuer, elle marche vers la résolution qui est de beaucoup la terminaison la plus fréquente. La masse qui était d'abord résistante et fluctuante, se durcit et c'est par retraits successifs, par saccades que se fait la diminution de volume de la tumeur. Cet acheminement saccadé vers la guérison s'accentue à chaque période menstruelle, tandis que dans l'intervalle de deux époques la tumeur paraît rester stationnaire, son mode de décroissance ne se fait donc pas d'une façon continue.

Il reconnaît pour cause, à n'en pas douter, cette hypérémie, ce mouvement fluxionnaire qui accompagne chaque ovulation et joue vis-à-vis de l'hématocèle le même rôle curateur que la péritonite dont nous venons de parler.

En même temps que la tumeur diminue, la fièvre tombe, les douleurs sont moins intenses, la miction et la défécation deviennent plus faciles, l'état général de la malade s'améliore.

Pendant toute cette période de résorption, l'hématocèle, suivant M. Voisin, donnerait au doigt la sensation d'une masse dure, résistante ; il attache à ce fait une certaine importance au point de vue de l'évolution de l'hématocèle et croit que la première condition de la résorption spontanée est une dureté de la tumeur qui ne se dément pas. Si, au contraire, la tumeur devient molle, non-seulement elle ne se résorbera pas sur place, mais

on doit craindre son évacuation au dehors. A mesure qu'elle diminue et s'indure, l'utérus reprend sa situation dans l'excavation.

La rapidité de la résorption varie suivant un grand nombre de circonstances, parmi lesquelles il faut signaler le volume plus ou moins considérable de l'hématocèle, l'âge, l'état général du sujet, le traitement suivi, etc.

En présence de conditions aussi variées, on comprend qu'il soit difficile d'évaluer, même approximativement, la durée moyenne de temps nécessaire à la disparition spontanée de l'hématocèle.

Dans sept cas recueillis par M. Voisin où la résorption complète est signalée, il fallut d'un à huit mois ; d'après le relevé de nos observations, la durée moyenne a été de trois à quatre mois. Mais souvent les malades ont quitté l'hôpital avant la guérison complète.

Lorsque l'hématocèle a été volumineuse, pendant un temps fort long, on constate des restes de la tumeur et une diminution dans les mouvements de l'utérus qui conserve quelquefois une fixité complète. MM. Letenneur[1] et Courty ont noté la persistance d'un noyau d'induration dans le cul-de-sac de Douglas, deux ans après le début des accidents.

Parfois la tumeur, au lieu de marcher vers la guérison, devient le siége de douleurs vives, lancinantes, qu'exaspèrent la pression, les mouvements. En même temps apparaissent des symptômes généraux : frissons, fièvre, vomissements, la peau est brûlante, le pouls plein, fréquent, la malade éprouve du ténesme, des coliques ; au bout de quelques jours, ces accidents locaux et généraux s'amendent subitement, on voit alors après un catarrhe intestinal (entérite glaireuse de Nonat), se produire une diarrhée abondante consistant dans l'expulsion de matière noirâtre, grumeleuse, semblable à de la mélasse ou à de l'encre de

1. *Journal de la Société de méd. de la Loire-Infér.* 1858.

sépia. Au début le liquide est parfois sanguino-purulent. C'est sous l'influence de cette expulsion que l'état général des malades s'est amélioré et que la tumeur qui, pendant ces phénomènes inflammatoires avait conservé la consistance liquide au moins dans sa plus grande partie, a diminué instantanément de volume. Après un temps plus ou moins long, l'ouverture du trajet fistuleux se referme et il ne reste plus qu'une petite tumeur indurée, stigmate, souvent indélébile, de l'affection.

Parfois la fistule ne se ferme pas aussi rapidement, et dans une des observations de M. Voisin, la malade a perdu pendant seize jours du sang noir par l'anus; la quantité a été évaluée à plus de quatre litres.

Dans d'autres cas, l'inflammation et la putréfaction des arois, la pénétration des gaz, des matières fécales dans la poche peuvent amener la mort des malades. Cette terminaison serait très-rare, sur cinq cas de perforation, du reste, recueillis par M. Voisin, la mort n'est survenue qu'une fois. Les liquides qui s'échappent par l'anus ont une odeur des plus fétides, et cela, sans que les matières fécales pénètrent dans la poche ; il arrive ce qui se passe pour des abcès de la marge de l'anus, le voisinage du rectum communique au sang des hématocèles comme au pus des abcès une odeur *sui generis* repoussante.

Dans la statistique de M. Courty, portant sur 52 cas, on a observé treize fois l'expulsion de la tumeur dans le rectum.

La tumeur peut aussi s'ouvrir dans le vagin quoique plus rarement; sept fois, dans la statistique de M. Courty, cette complication a eu lieu, les sept malades ont guéri. Sur un total de 27 cas (Voisin), l'évacuation se serait faite trois fois dans le vagin et n'aurait pas eu d'issue funeste.

D'après ces statistiques, l'hématocèle s'ouvrirait deux fois dans le rectum, quand elle s'ouvre une fois dans le vagin. La raison de cette différence est probablement dans l'épaisseur et la résistance plus grandes de la paroi vaginale.

Cette dernière perforation est parfois comme celle du rectum, précédée de phénomènes généraux; dans quelques circonstances, aucun phénomène morbide n'a été signalé, l'abcès s'est développé insidieusement, aucun signe ne pouvait faire supposer l'évacuation de la tumeur par le vagin. C'est à l'occasion d'un effort, pendant la défécation, par exemple, que du sang noir, visqueux, s'est écoulé par le vagin en quantité variable; comme dans l'ouverture rectale, la tumeur s'affaisse et finit par disparaître. On n'a pas à redouter au même degré dans la perforation du vagin, les accidents septicémiques, qui sont une complication grave de l'ouverture dans le rectum. — (Ott. *Dissert.*, Tübingen, 1864, a cependant vu un cas de mort par septicémie). Parfois une double perforation se produit; la tumeur s'ouvre dans le rectum et dans le vagin. Très-rarement, la vessie est perforée. Son siége, en avant de la tumeur dont elle est séparée par l'utérus, ses rapports, beaucoup moins directs avec l'hématocèle expliquent cette différence de fréquence. Dans le cas de MM. Martin Magron et Soulie, communiqué à la Société de biologie[1], il y avait en même temps ouverture de la tumeur dans la vessie et à travers les parois abdominales. La malade rendit par l'urèthre un lambeau de tissus sphacèles, puis elle s'aperçut que des gaz s'échappaient par le méat urinaire au moment de la miction.

A partir de cette époque, la malade alla de mal en pis, et mourut quelque temps après de fièvre hectique. Dans tous ces cas d'ouverture spontanée de la tumeur par le rectum, le vagin, etc., le danger ne résulte pas seulement des accidents dépendant de la perforation, mais dure pendant tout le temps que se prolonge l'expulsion des matières contenues dans la tumeur. Il peut y avoir suppuration de la cavité kystique, décomposition putride de son contenu. Dans ces deux cas, la mort arrive, soit par péritonite, soit par infection putride ou purulente. Il subsiste

1. *Gazette des hôpitaux*, 1861, p. 53.

quelquefois des poches dans lesquelles le pus s'accumule sous l'influence de l'étroitesse des parties fistuleuses, on voit alors de temps en temps la tumeur se vider, un liquide sanieux, purulent, s'écouler par le rectum.

Une terminaison plus grave de l'hématocèle est la rupture de la poche dans la cavité péritonéale. D'après la statistique de M. Courty, sur 52 cas, il y a eu six fois évacuation du contenu dans le péritoine. Quatre fois cette complication est survenue sur 27 cas relatés par M. Voisin, et la mort a suivi de près l'épanchement péritonéal.

Fréquemment à l'époque menstruelle, on voit se produire des accidents plus ou moins graves, consistant les uns, dans des signes de distension du kyste, les autres, dans les signes de péritonite abdominale, ou enfin d'inflammation du kyste sanguin et des parties contiguës.

Sous l'influence de cette poussée inflammatoire, les parois du kyste, inégalement épaisses, devenues plus faibles, peuvent céder, et une partie du contenu du kyste sanguin passe dans le péritoine abdominal. La déchirure de la poche, l'épanchement du liquide ne s'annoncent point toujours par des symptômes d'une égale gravité, ce qu'expliquent et la quantité variable de sang extravasé et surtout son degré de septicité. La péritonite n'apparaît donc pas toujours avec les mêmes caractères; partielle quelquefois, elle s'étend plus ou moins rapidement; mais dans la grande majorité des cas, pour ne pas dire toujours, les accidents apparaissent brusquement, instantanément, et la péritonite suraiguë se développe avec la rapidité bien connue des péritonites par perforation intestinale, vésicale, etc. C'est une forme nouvelle d'hémorrhagie interne, l'explosion des accidents rappelle le début de l'hématocèle, mais leur gravité est beaucoup plus grande. Dans les 10 cas publiés, la péritonite a toujours été mortelle. Le sang épanché n'est plus, en effet, comparable, dans son action sur la séreuse, au sang vivant qui s'écoule d'un vaisseau déchiré; il a subi des altérations

morbides qui en font un liquide septique éminemment apte à provoquer des phénomènes inflammatoires suraigus, à l'instar de la bile, de l'urine, etc.

La rupture de l'hématocèle paraît s'être produite le plus souvent dans les premières semaines, les premiers mois du développement de la tumeur. Lorsqu'en effet, les phénomènes de résorption ont commencé, et que la tension de la tumeur a diminué, le danger d'une déchirure est beaucoup moins à redouter ; la formation des caillots, l'épaississement d'autre part des parois, qui accompagne la rétraction de la tumeur, mettent à l'abri de cette complication.

Des accidents de résorption putride seraient survenus parfois dans le cours d'une inflammation spontanée du kyste sanguin, sans qu'on ait pu invoquer la pénétration de l'air ou des gaz intestinaux.

En contact avec un liquide aussi éminemment putrescible que le sang, ces gaz ont été accusés avec raison d'être la cause des phénomènes graves, le plus souvent mortels, qu'on observe fréquemment après l'ouverture de l'hématocèle dans le rectum et qui sont beaucoup plus rares quand l'ouverture se fait par le vagin. Dans l'observation de Bouvyer, la mort était due à l'intoxication putride, et cependant on constata à l'autopsie que le kyste sanguin ne communiquait pas, soit avec un point quelconque de l'intestin, soit avec le vagin.

Les observations d'ouverture d'hématocèle par la paroi abdominale sont rares; dans nos observations s'en trouve un cas avec autopsie.

Parfois l'abcès qui doit s'ouvrir dans le rectum ou le vagin ne reste pas circonscrit, la suppuration envahit d'emblée toute la poche ; elle est annoncée par un ou plusieurs frissons survenant dans la même journée, la peau est chaude, brûlante, la fièvre continue. La tumeur est le siége de douleurs vives qui s'irradient souvent au loin, dans les cuisses, dans les lombes. Cette suppuration de la poche, heureusement rare, peut par la déchi-

rure du kyste et l'issue du pus dans le péritoine, provoquer l'explosion d'accidents analogues à ceux qu'entraîne la rupture de la tumeur sanguine.

En résumé, l'hématocèle péri-utérine a une marche le plus habituellement chronique, la résolution se fait surtout par retraits successifs coïncidant avec les époques menstruelles, sa durée variable est en moyenne de plusieurs mois, la guérison est la règle, surtout si l'on s'abstient de tout traitement chirurgical. L'évacuation par le rectum ou le vagin s'observe assez souvent ; l'ouverture rectale est une complication qui s'accompagne fréquemment d'accidents très-graves. Rarement la tumeur s'ouvre dans la cavité péritonéale, rarement son contenu devient purulent.

Lorsque la mort survient par le fait d'une hématocèle péri-utérine, ce sont ordinairement des accidents péritonéaux qui entraînent l'issue fatale; mais, quand la tumeur s'est ouverte dans des conduits naturels, les accidents graves, quelquefois mortels, qui surviennent appartiennent à l'intoxication putride, à la pyohémie. Affaiblies par une suppuration de longue durée, les malades succombent avec les accidents de la fièvre hectique.

Signalons encore les accidents chroniques qui entraînent la mort à une plus longue échéance et qui sont dus à un trouble profond des fonctions des voies digestives.

Des poussées fréquentes de péritonite, dans certaines hématocèles qui restent stationnaires, déterminent parfois une altération profonde de l'état général, et les malades finissent après un temps plus ou moins long par mourir cachectiques.

DIAGNOSTIC.

A en juger par l'exposé des symptômes de l'hématocèle, des signes fournis par l'examen, il semble que le diagnostic ne doive pas offrir de grandes difficultés : le début foudroyant des accidents, leur ressemblance avec ceux d'une péritonite, l'ac-

croissement rapide de la tumeur, etc., sont des éléments précieux d'appréciation qui enlèvent certainement au diagnostic de son incertitude. Mais le chirurgien peut n'être appelé que tardivement auprès de la malade, alors que les accidents en quelque sorte pathognomoniques sont passés; des renseignements précis peuvent lui faire défaut, et c'est dans les seuls signes fournis par la tumeur pelvienne qu'il doit puiser les éléments d'un diagnostic. C'est alors que le diagnostic est entouré d'obscurité, et que l'on a vu des erreurs commises par les chirurgiens les plus distingués. Si nous ajoutons que les signes de début de l'hématocèle sont loin d'être toujours aussi caractéristiques que nous l'avons indiqué, on comprendra la confusion possible avec des affections de l'utérus ou de ses annexes.

La question de diagnostic de l'hématocèle péri-utérine repose sur trois points différents : on doit se demander d'abord s'il y a une hématocèle, si l'hématocèle existe, à quelle espèce elle appartient; enfin quelles sont les affections qui peuvent être confondues avec l'hématocèle.

On soupçonnera l'hématocèle par le rapport entre le début de l'affection et la menstruation qui est le plus souvent troublée, par l'apparition soudaine des accidents à une époque cataméniale; on tiendra compte de l'anémie subite, des phénomènes de péritonite brusquement survenus, du caractère des douleurs, des signes fournis par l'examen, du déplacement du col de l'utérus le plus habituellement projeté en avant.

L'étude des antécédents et de la marche de la maladie est non moins importante que celle des phénomènes locaux, on ne doit jamais oublier que dans l'hématocèle existent ordinairement deux périodes, l'une dont les accidents sont ceux de l'hémorrhagie interne à un degré variable, l'autre caractérisée par de la péritonite.

Les sensations perçues par le toucher vaginal, rectal, le déplacement du col, etc., fourniront des renseignements sur le siége de l'épanchement sanguin.

Dans l'hématocèle rétro-utérine l'utérus éprouve un déplacement qui est presque constant, il est refoulé d'arrière en avant et de bas en haut sous l'arcade pubienne, tantôt sur la ligne médiane, tantôt un peu à droite où à gauche; son degré de déplacement est naturellement en rapport avec le volume de la tumeur elle-même.

Le sang est-il épanché sur les parties latérales, dans l'espace anté-utérin, la tumeur refoule la partie antérieure du vagin. Quant à la distinction du siége de l'hématocèle en dedans ou en dehors du péritoine, nous nous en occuperons dans l'étude de l'hématocèle intra-péritonéale.

Lorsqu'on a reconnu la présence d'une tumeur sanguine dans l'excavation pelvienne, est-il possible de distinguer la cause première de l'affection et la source du sang épanché? Des adhérences inflammatoires du col de l'utérus, son obstruction, pourront indiquer que le sang provient de la cavité utérine et qu'il a reflué par la trompe; ces cas sont rares, et ainsi que nous l'avons vu, la théorie du reflux menstruel ne peut s'appliquer qu'aux rétrécissements, aux oblitérations du canal utéro-vulvaire, congénitales ou acquises.

Quant aux hémorrhagies ovariennes, nous ne voyons pas comment on pourrait les reconnaître; de ce que le sang s'épanche au moment de l'ovulation, il n'en résulte pas fatalement qu'il provienne de la rupture d'une vésicule de Graaf. En supposant, du reste, qu'il en soit le plus habituellement ainsi, nous ne voyons pas, à l'heure présente, par quels signes cette hémorrhagie interne se différenciera d'une autre hémorrhagie tout aussi cachée, qui aura pour point de départ, par exemple, une rupture d'un kyste sanguin de la trompe.

M. Puech affirmait que l'on pouvait préciser le diagnostic des hémorrhagies tubaires; mais les faits, les autopsies ne sont point venus confirmer cette manière de voir.

On pourra supposer la rupture d'une varice du plexus utéro-ovaire, lorsque l'on rencontrera chez la malade des varices des

membres inférieurs, de la vulve et du vagin, des hémorrhoïdes. M. Richet a insisté sur les éléments de diagnostic fournis par l'état du système veineux ; mais si l'on songe que très-rarement l'hématocèle intra-péritonéale provient de la déchirure des varices du plexus pampiniforme et, que lorsqu'elle a été constatée, la mort avait eu lieu rapidement avant l'enkystement du sang épanché, on ne verra qu'une présomption en faveur d'une hémorrhagie par rupture d'une veine variqueuse.

L'hématocèle par pelvi-péritonite hémorrhagique semble dans quelques cas pouvoir être reconnue. Lorsque dans le cours d'une pelvi-péritonite, une tumeur présentant tous les caractères d'un kyste hématique apparaît brusquement, et que le toucher pratiqué peu de temps auparavant, ne permet pas le moindre doute sur l'intégrité relative de l'excavation pelvienne, il semble bien que, dans de tels cas, l'hémorrhagie provienne de la déchirure des fausses membranes. MM. Bernutz, J. Besnier ont rapporté des observations probantes.

D'après M. Gallard, il faudrait dans le diagnostic de la source de l'hémorrhagie, tenir compte de certains prodromes, tels que la suppression des règles, l'inappétence, des bizarreries du goût, des picotements des seins, etc., que l'on renconte si fréquemment dans la grossesse et qui peuvent précéder l'apparition de l'hématocèle, ils dénoteraient une grossesse extra-utérine. Les mêmes signes, mais surtout l'existence antérieure d'une tumeur donneront de grandes probabilités au diagnostic d'hémorrhagie interne par rupture d'un kyste fœtal. C'est en général avec beaucoup de réserve que doit être fait le diagnostic de l'espèce d'hématocèle : il ne repose dans la plupart des cas que sur des conjectures. « Dans l'état actuel de la science, dit M. Courty, il est difficile pour ne pas dire impossible d'affirmer le point de départ de l'hémorrhagie constitutive. »

Certaines maladies de l'utérus et de ses annexes peuvent, par leur siége dans l'excavation pelvienne, par leur symptôme, être confondues avec l'hématocèle péri-utérine. C'est surtout avec le

phlegmon péri-utérin, la *pelvi-péritonite* que le diagnostic différentiel offre les plus grandes difficultés ; les deux affections se rencontrent fréquemment dans les mêmes conditions et toutes deux présentent des symptômes communs, le frisson, la douleur, et plus tard l'apparition d'une tumeur affectant le même siége, une forme et un volume d'une consistance à peu près analogues.

Cependant si l'on prend séparément chacun de ces caractères, si on les étudie avec soin, on trouve des différences qui permettent d'arriver au diagnostic.

Le frisson de la pelvi-péritonite est généralement unique, il est le début d'un état fébrile continu pendant lequel la malade se plaindra d'une excessive chaleur et qui se traduira au thermomètre par une température variant de 39° à 40°. Dans l'hématocèle, au contraire, il n'est pas rare d'observer plusieurs frissons à des intervalles variés de quelques heures à plusieurs jours, chaque fois, en un mot, qu'un nouvel épanchement de sang se produit dans le péritoine (Siredey). En outre, au lieu d'un état fébrile avec augmentation de la température, on note au début des lipothymies, des syncopes avec refroidissement des extrémités.

Le pouls diminue d'ampleur, augmente de fréquence, et cependant le thermomètre baisse, M. Siredey a vu dans un cas la température descendre à 34°. Bref on observe les symptômes de l'hémorrhagie interne qui sont les signes caractéristiques de l'hématocèle au début.

La douleur vive dans les deux cas est plus subite dans l'hématocèle ; elle peut être d'une acuité extrême et déterminer la syncope. Plus tard l'examen direct fournit ici encore des données importantes.

La tumeur apparaît plus vite dans l'hématocèle, cela se conçoit d'ailleurs puisqu'il se produit dès le début, dans le cul-de-sac utéro-rectal le plus souvent, un épanchement de sang qui constitue l'élément capital de la tuméfaction. Comme nous

n'avons fait observer, toute l'excavation sacrée peut être remplie par du sang liquide ou coagulé, sans qu'on perçoive la sensation d'une tumeur ; il faut pour cela que l'épanchement sanguin soit enkysté, ce qui suppose au moins trente-six ou quarante-huit heures. C'est seulement alors que la sensation d'une tumeur sera nettement perçue. Il y a donc dans l'hématocèle deux périodes où les signes sont très-différents. Dans la première période, il s'agit à proprement parler d'une hémorrhagie interne, puisque la tumeur n'existe pas encore ; dans la seconde, ou période inflammatoire, le péritoine irrité produit des néo-membranes qui enclavent l'épanchement sanguin ; la tumeur est alors constituée.

Dans la pelvi-péritonite la tumeur avoisinant le cul-de-sac utéro-rectal peut, comme l'hématocèle, s'étendre vers l'un ou les deux côtés à la fois ; elle déterminera dans l'utérus, la vessie et le rectum des changements de rapports et des troubles fonctionnels identiques. Cependant la tumeur de l'hématocèle est généralement plus volumineuse que celle de la pelvi-péritonite ; elle est molle, fluctuante au début et peut-être moins douloureuse. Si l'épanchement sanguin a été abondant, qu'il dépasse trois à quatre cents grammes, il reflue, dès le début, dans l'une ou l'autre fosse iliaque ou des deux côtés à la fois, de telle sorte que la palpation abdominale fera reconnaître à l'hypogastre, de chaque côté des fosses iliaques, une tumeur qui se continue dans le bassin.

Comme la tumeur de l'hématocèle est plus volumineuse, on comprend ainsi que dans cette dernière affection les symptômes de compression et de déplacement des organes soient plus prononcés, d'où la constipation opiniâtre, la rétention d'urine habituelle dans l'hématocèle. Ajoutons encore que dans cette dernière affection la tumeur est sujette à des variations de développement qui sont sous la dépendance des congestions menstruelles et de nouvelles hémorrhagies.

La fluctuation persiste quelquefois pendant longtemps dans

l'hématocèle ; ce n'est qu'à la fin de la maladie, quand la tumeur s'est résorbée, que l'on constate par le toucher des noyaux d'induration que l'on rapporte à la présence de caillots sanguins et surtout aux néo-membranes consécutives à la pelvi-péritonite.

Dans la pelvi-péritonite, la tumeur est plus petite, plus douloureuse, sa résistance, sa dureté sont augmentées ; si elle se ramollit, si elle devient fluctuante, c'est à une période éloignée du début, après un état fébrile continu à exaspérations vespériennes, lorsque la tumeur suppure et menace de s'ouvrir spontanément dans un des organes de l'excavation sacrée.

Nous nous sommes longuement étendu sur le diagnostic différentiel de l'hématocèle et du phlegmon péri-utérin ; c'est qu'en effet des erreurs sont faciles à commettre entre ces deux affections. Quelques auteurs sont allés jusqu'à proposer comme moyen de diagnostic la ponction de la tumeur. Cette opération exploratrice doit être absolument repousée. Elle expose les malades à des dangers graves et la précision du diagnostic ne présente pas grand intérêt puisque, dans les deux cas, le traitement est à peu près le même et basé sur l'expectative. L'adéno-lymphangite post-pubienne, dont on doit la description à M. A. Guérin, ne saurait être confondue avec l'hématocèle. Les symptômes généraux sont ceux de l'inflammation du ligament large. Localement on observe au-dessus de l'arcade de Fallope l'induration sous forme de plastron. Cette induration est superficielle, siégeant manifestement à la face profonde de la paroi abdominale. Le doigt introduit dans le vagin sent une tumeur immédiatement en arrière du pubis.

Nous ne faisons que signaler le diagnostic de l'hématocèle d'avec la grossesse utérine régulière, les différences sont trop grandes pour que l'erreur soit possible.

Une des affections qu'il est souvent fort difficile de distinguer de l'hématocèle est *la rétroflexion d'un utérus gravide*, surtout au troisième mois de la grossesse. L'erreur a été com-

mise plusieurs fois ainsi qu'en témoignent les faits cités par Jourel[1], Fenerly[2], Mikschik[3].

En général, chez de telles malades le toucher vaginal et rectal ne donne pas grands renseignements ; dans les deux hypothèses le col peut être ramolli, cependant dans la rétroflexion l'utérus n'est pas repoussé en haut et en avant comme dans l'hématocèle ordinaire. On observe souvent, en outre, dans la rétroflexion une tumeur antérieure formée par la vessie distendue. Quant à la tumeur constituée par l'utérus gravide rétrofléchi, elle présente quelques caractères distinctifs ; sa forme est régulière, sa surface unie sans irrégularités, enfin, signe d'une grande importance, la consistance de la tumeur est la même dans tous les points.

Que l'on rapproche ces signes de ceux de l'hématocèle, que nous avons déjà exposés, et l'on se convaincra de la difficulté de diagnostic entre ces deux affections, d'autant mieux que la sensibilité de la région empêche le plus souvent de pouvoir faire un examen suffisant pour fixer son opinion.

De tels signes ne peuvent, en effet, être perçus que par le palper ou le palper combiné au toucher. L'absence des règles depuis plusieurs mois sera en faveur de l'idée d'une grossesse ; signalons encore dans ce dernier cas la coloration violacée des organes génitaux ; dans l'hématocèle, au contraire, les muqueuses sont pâles et décolorées, à moins, ainsi que nous le verrons, qu'on ait affaire à une hématocèle extra-péritonéale. Dans ce cas le col utérin, le vagin sont d'un rouge violacé.

Il est très-important d'établir le diagnostic entre l'hématocèle et un utérus gravide en rétroflexion ; les indications sont, en effet, toutes différentes, suivant que l'on se trouve en présence de l'une ou de l'autre affection. Dans le doute, on

1. *Bulletin de la Faculté de médecine de Paris.* 1812, in-8.

2. Fenerly, *loc. cit.* p. 40.

3. *De la pathologie des ovaires.* Leipsick, 1856. *In canstat's Yaresbericht,* 1856, p. 425.

ne doit pas hésiter à anesthésier la malade pour compléter son examen.

La rétroflexion d'un utérus vide est facilement reconnaissable, le toucher vaginal montre que le col est à sa place, le doigt introduit dans le rectum sent la forme arrondie, ordinaire du fond de l'utérus, et, s'il y avait hésitation, on aurait recours au cathétérisme utérin.

Tous les auteurs font le diagnostic différentiel de l'*hématocèle* d'avec la *grossesse extra-utérine;* seul, M. Gallard « cherche en vain, un signe si léger qu'il soit sur lequel on puisse baser ce diagnostic. »

Nous croyons que la théorie de M. Gallard s'applique à un grand nombre de cas; il est cependant certaines hématocèles qui reconnaissent un autre mécanisme. Pourquoi, en effet, l'hématocèle est-elle relativement si fréquente dans l'espace recto-utérin, tandis que la grossesse extra-utérine y a été si rarement constatée? Nous devons donc indiquer les éléments principaux d'un diagnostic différentiel. Laissant de côté la question du siége de la tumeur, nous ferons remarquer que la grossesse extra-utérine a un développement lent, graduel, et qu'elle ne s'accompagne d'abord d'aucun trouble fonctionnel. Plus tard surviennent les troubles de la grossesse normale. On a noté de l'aménorrhée, parfois la persistance de la menstruation, mais on n'observerait pas les métrorrhagies qui sont si fréquentes dans l'hématocèle. Un signe de valeur est, d'autre part, l'augmentation de volume de l'utérus dans la grossesse extra-utérine, signe qui n'accompagne pas l'hématocèle. Plus tard la présence du fœtus pourra être révélée par des bruits, des mouvements fœtaux, etc.; alors la confusion n'est pas possible.

L'absence de symptômes aigus, l'accroissement lent et graduel de la tumeur suffiront souvent pour éclairer le diagnostic des *kystes de l'ovaire.* Ces tumeurs présentent parfois une certaine analogie de volume et de siége avec l'hématocèle rétro-utérine tombant dans le cul-de-sac de Douglas ; ainsi que

l'a indiqué Paul Dubois, elles déplacent les organes avoisinants avec lesquels elles contractent des adhérences; leur marche, l'absence de péritonite, les seuls symptômes qu'elle provoquent: symptômes de compression de la vessie, du rectum, mettront sur la voie de la vérité.

Quant aux kystes hydatiques de l'ovaire, décrits par M. Charcot, ils peuvent, par leur siége dans le cul-de-sac de Douglas, par leur rénitence [1], donner lieu à une erreur de diagnostic. M. Bernutz prit pour une hématocèle un kyste hydatique très-considérable de l'excavation pelvienne. Semblable méprise était arrivée à Trousseau, au dire de M. Bernutz, lorsque le diagnostic fut tout à coup éclairé par la sortie des membranes hydatiques par le rectum. Chez ces deux malades l'apparition des kystes avait coïncidé avec une époque menstruelle, ou plutôt elles n'avaient eu connaissance de leur tumeur pelvienne qu'à ce moment par les douleurs qu'elles éprouvaient.

Les commémoratifs sont d'un grand secours dans le diagnostic de l'hématocèle. On ne saurait trop s'appesantir sur les renseignements antérieurs; le plus souvent, l'histoire de la malade donnera des indications précieuses; quelquefois par le seul récit des accidents du début qui sont si caractéristiques, le chirurgien arrivera au diagnostic. Mais dans certains cas la période aiguë de l'hématocèle a fait défaut, la péritonite initiale a été très-bénigne, mal caractérisée, et après quelques jours de repos les malades ont pu vaquer incomplétement à leurs occupations. Elles rendent alors très-mal compte des phénomènes qu'elles ont éprouvés ; on ignore le début, la marche de la tumeur; on ne sait si elle a préexisté aux douleurs mal définies accusées par les malades, ou bien si elle est apparue plus tard ; secondairement, si son développement s'est fait par saccades correspondantes aux époques, et non graduellement. Dans de telles conditions

1. Société de Biologie. 1857.

le diagnostic est entouré de difficultés presque insurmontables, et l'on s'explique les erreurs qui ont pu être commises. La méprise est d'autant plus admissible, que dans les périodes tardives les caractères de l'hématocèle se sont modifiés; la tumeur a le plus ordinairement perdu sa consistance pâteuse, cette résistance particulière qu'elle présente dans les premières phases; sa dureté devient au contraire parfois très-grande, sa résistance comme fibreuse. Dans un cas de ce genre, M. le professeur Stoltz diagnostiqua une tumeur fibreuse extra-utérine, l'observation a été publiée dans la thèse d'un de ses élèves, M. Engelhardt[1]. Malgaigne commit une erreur semblable. Croyant à une tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'utérus, il se décida à en pratiquer l'ablation; la paroi postérieure du col fut incisée et aussitôt il sortit une quantité considérable de sang noir, visqueux, filant. Le diagnostic entre ces deux espèces de tumeur sera cependant généralement possible[2]. Les fibromes développés dans les parois utérines ont une marche essentiellement chronique, toujours croissante, rarement ils s'accompagent de symptômes aigus dus à des péritonites partielles, symptômes alors passagers, et très-souvent il existe de la leucorrhée ou des métrorrhagies plus ou moins abondantes, enfin les tumeurs fibreuses sont mobiles avec l'utérus, elles ne sont pas fixes et enclavées comme les hématocèles (Nélaton).

Les dégénérescences cancéreuses des organes intra-pelviens peuvent, dans certaines circonstances, en imposer pour des hématocèles. Nélaton a raconté comment, alors que son attention était à peine appelée sur les tumeurs sanguines du petit bassin, il crut chez une femme probablement atteinte d'hématocèle

1. Thèse de Strasbourg, 1856.

2. Il est probable que, dans plus d'un cas où l'on a cru, après un traitement médical, à la guérison d'une tumeur fibreuse de l'utérus, il s'agissait d'une hématocèle dont la dureté avait induit en erreur et qui sous l'influence du traitement, avait été complétement résorbée.

qu'il s'agissait d'une tumeur encéphaloïde. Un exemple des plus remarquables de la difficulté du diagnostic dans de semblables circonstances, est celui rapporté longuement par M. Gallard dans ses Leçons cliniques[1]; à l'autopsie de la femme qu'on avait cru pendant quelque temps atteinte d'hématocèle, on trouva une tumeur solide occupant tout le petit bassin et remontant fort haut dans la cavité abdominale; il s'agissait d'un cancer hématode de l'ovaire. A sa surface on voyait un grand nombre de kystes de dimensions variables, remplis de liquide sanguinolent, et qui avaient pu donner le change au toucher.

Dans ces tumeurs de l'ovaire, à marche rapide, solides et kystiques tout à la fois, l'erreur au début sera difficilement évitée; il est vrai que ce sont là des cas exceptionnels ; plus tard l'accroissement rapide de la tumeur du bassin, l'amaigrissement de la malade et les signes de cachexie pourront édifier sur la véritable nature de la maladie.

Nous ne parlerons pas de toutes les tumeurs que l'on peut rencontrer dans le petit bassin, telles que la tympanite utérine, l'hydrométrie, l'ostéosarcosme, l'ovarite aiguë, etc. Ces diverses tumeurs n'ont que des rapports très-éloignés avec l'hématocèle, et il suffit de les signaler pour éviter l'erreur.

Dans une observation de M. Marrotte[2], une accumulation de matières fécales a simulé les symptômes locaux de l'hémato-cèle rétro-utérine, un purgatif fit promptement disparaître tous les accidents.

PRONOSTIC.

L'hématocèle est une maladie grave, quoique la mort n'en soit pas ordinairement la conséquence; depuis l'accident initial jusqu'au jour où la tumeur est entrée en voie de résorption, le

1. *Loc. cit.*, p. 695.
2. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 24 Fév. 1858.

malade reste exposé à des dangers de tout genre que nous avons déjà signalés.

Les phénomènes de début, quand l'épanchement sanguin est brusque et abondant, entraînent parfois une mort rapide ; mais ces symptômes alarmants appartiennent plutôt à l'hémorrhagie interne qu'à l'hématocèle. Pour quelques auteurs cependant, ils en constituent la première période, et, à ce titre, ils doivent être au moins signalés. La perte sanguine d'une part, d'autre part et surtout l'invasion brusque d'une quantité notable de sang dans la cavité péritonéale, constituent les deux grands dangers de cette première période.

Si la péritonite n'entraîne pas la mort de la malade, pendant longtemps on doit redouter des phénomènes inflammatoires localisés dans telle ou telle partie de la poche et pouvant déterminer l'ouverture artificielle. Ces perforations sont d'autant plus à redouter que le volume de la tumeur est plus considérable, qu'elle paraît rester liquide, et surtout qu'à chaque période menstruelle ses dimensions augmentent, en même temps qu'elle devient douloureuse. Nous avons vu à quels dangers exposait l'ouverture extérieure, puisque la suppuration ou la putréfaction de la tumeur pouvaient en être la conséquence, avec leur cortége d'accidents péritonéaux et septicémiques.

Ces accidents si graves, mais heureusement rares, ne sont point les seuls qui assombrissent le pronostic de l'hématocèle. Elle peut entraîner des conséquences fâcheuses et à longue échéance : la stérilité provenant d'adhérences de l'ovaire, d'oblitérations des trompes, les déviations utérines, enfin tous les accidents de la péri-métrite. On a cité des cas et nous-même en rapportons, où la tumeur avait disparu complétement et ne semblait avoir laissé aucune trace de son existence. Breslau [1] a rapporté une observation où, deux mois après la guérison d'une

1. *Monätsch*. 1855. Supplém. Heft.

ématocèle, la femme devint enceinte et accoucha heureusement.

Dans le pronostic, il faut toujours tenir compte de l'état antérieur de la malade. Une même lésion, en effet, amène des résultats très-différents, suivant qu'elle se produit sur une séreuse saine ou altérée. Le pronostic, il nous semble, doit être dès le début plus réservé lorsque la malade a eu des accidents péritonéaux, des phénomènes marqués de pelvi-péritonite. Ne savons-nous pas expérimentalement qu'un même traumatisme produit des effets tout différents, suivant qu'il agit sur une séreuse saine ou enflammée [1].

TRAITEMENT.

Envisagé dans son ensemble, le traitement de l'hématocèle comprend trois ordres de moyens : les uns prophylactiques, les autres médicaux, les troisièmes empruntés à la chirurgie.

Le traitement prophylactique consiste à prévenir les hémorrhagies intra-pelviennes. Que l'on veuille bien se reporter aux causes possibles de l'hématocèle, aux conditions particulières qui souvent semblent présider à son développement, et l'on reconnaîtra qu'il est parfois possible d'en redouter l'apparition. L'hématocèle est, en effet, beaucoup plus fréquente au moment des règles que pendant les périodes intermenstruelles, rarement d'autre part elle survient chez des femmes jusqu'alors absolument bien portantes; presque toujours, nous avons insisté du reste sur ce point, les malades à une date plus ou moins éloignée ont présenté des troubles menstruels : aménorrhée, métrorrhagie, des douleurs dans le bas-ventre, en un mot des accidents symptomatiques de lésions de l'utérus ou des annexes.

De telles malades doivent plus particulièrement être mises en garde contre toutes les influences capables, soit d'augmenter

1. Tarchanoff, dans ses expériences sur le péritoine de la grenouille, a montré qu'un même traumatisme ne produisant aucun effet sur un animal normal, causait toujours l'arrêt du cœur si le péritoine était enflammé.

la fluxion dont les organes génitaux sont le siége à l'époque des règles, soit d'en provoquer une brusque rétrocession.

Dans tous les ouvrages classiques, le traitement médical est longuement exposé, c'est lui qui compte le plus grand nombre de succès, car tout en étant expectant relativement à l'opération, il est loin d'être inactif. Les principales indications qu'il cherche à remplir varient avec la période de la maladie et avec la nature des accidents.

Dans la période initiale, on luttera contre les progrès d'une hémorrhagie interne qui peut être abondante, par tous les moyens usités en pareil cas : immobilité absolue, application de glace, de compresses imbibées d'eau froide sur le ventre, morceau de glace dans le vagin, etc.; un peu plus tard, et souvent dès l'apparition des premiers symptômes, alors que la perte sanguine n'offre rien d'inquiétant, on cherchera à combattre la péritonite partielle. Les émissions sanguines sont alors très-efficaces, l'application de ventouses, de sangsues sur le ventre doit être le plus souvent préférée aux saignées générales. Ces émissions sanguines, surtout conseillées par Aran, seront renouvelées plusieurs fois et assez largement, principalement au début de la maladie et aux époques correspondant aux périodes menstruelles. On fera des applications de sangsues (de 15 à 25) soit sur le côté du ventre correspondant à la tumeur, soit préférablement à l'anus, mais alors en plus petit nombre, sauf à les répéter le lendemain, ou même sur le col de l'utérus ou sur la partie de la tumeur saillante dans le vagin (Courty).

Ces émissions sanguines devront être réservées pour les cas où les accidents péritonitiques présenteront une certaine intensité. Les phénomènes douloureux seront calmés par l'emploi de l'opium.

L'indication, ainsi que nous l'avons dit, est de combattre les symptômes de la péritonite ; nous ne pouvons nous étendre davantage sur les différents moyens journellement employés pour combattre ces accidents inflammatoires.

Lorsque les accidents aigus seront conjurés, on se préoccupera de favoriser et d'activer le travail de résorption de la tumeur, on se souviendra également des recrudescences qui se manifestent à l'époque des règles, et qui, par leur nature, réclament un traitement antiphlogistique.

Les vésicatoires volants sur l'hypogastre, les badigeonnages de teinture d'iode, les préparations mercurielles en frictions et à l'intérieur, etc., doivent être réservés pour le moment où la douleur ayant cessé, la tumeur tend à se résoudre.

C'est surtout au déclin de la maladie que sont utiles les larges vésicatoires volants appliqués sur le bas-ventre, lorsque la tumeur sanguine reste stationnaire, qu'elle diminue lentement de volume, et que le travail de résolution a besoin d'être stimulé.

En dehors de ces divers moyens, sans parler d'un traitement général essentiellement tonique et réparateur, les malades doivent avant tout garder le repos au lit. La marche, les mouvements sont des causes fréquentes de rechute, et on ne permettra aux malades de marcher, de revenir à leurs anciennes habitudes ou à l'exercice de leur profession, que lorsque la résolution sera complète ou à peu près complète.

Sur 23 malades soumis à cette méthode de traitement, Nonat n'en perdit qu'une seule et encore se trouvait-elle dans des conditions spéciales, il s'agissait d'une hématocèle consécutive à une grossesse tubaire. En éliminant trois cas où les malades avaient subi la ponction de la tumeur, dix-neuf fois les femmes soumises à la médication que nous venons d'exposer brièvement ont guéri.

Les résultats remarquables que l'on obtient par un traitement exclusivement médical, ont frappé tous les observateurs, et si au début de l'histoire de l'hématocèle on avait cru l'intervention chirurgicale nécessaire, les idées, depuis lors, se sont profondément modifiées.

Dès le principe, on crut qu'il fallait ouvrir ces tumeurs liquides. Récamier, dans les deux premiers cas qu'il observa,

donna issue au sang épanché, et obtint deux succès. Chez ces deux femmes la ponction avait été pratiquée de bonne heure et sans qu'aucun accident la justifiât, le diagnostic n'avait été autre que tumeur fluctuante du bassin, et ignorant la nature de l'affection le chirurgien avait été étonné du caractère du liquide qu'il retirait. L'absence d'accidents dans les deux premiers cas devait donc laisser pleine sécurité, et dans la discussion dont l'hématocèle fit l'objet en 1851, à la Société de chirurgie, le traitement par l'ouverture de la poche fut généralement accepté.

Mais ce mode de traitement donna bientôt des complications graves, rapidement mortelles, entre les mains des chirurgiens les plus éminents. Nélaton, Malgaigne, Denonvilliers rapportèrent des cas de mort manifestement dus à l'ouverture de l'hématocèle.

Que se passe-t-il, en effet, lorsqu'on ouvre largement avec le bistouri le foyer sanguin? Deux cas peuvent se présenter ; ou bien le sang n'est point encore coagulé et le vaisseau, source de l'hémorrhagie n'est pas entièrement fermé par un caillot solide, il peut en résulter alors une hémorrhagie grave ; ou bien le sang est complétement coagulé et pour le détacher de l'intérieur du kyste, il faut faire des injections, introduire le doigt, etc., en un mot user de manœuvres qui sont loin d'être inoffensives.

Dans ces deux derniers cas, il reste un vaste foyer que la suppuration envahit bientôt et qui peut devenir ou le point de départ d'une péritonite mortelle ou d'une infection putride. La ponction faite autrefois avec le trocart exposait aux mêmes complications : si le sang est liquide, il s'écoule au dehors, mais la poche se remplit bientôt de nouveau ; si au contraire il est sous forme de caillots, rien ne s'échappe à l'extérieur, et dans l'un et l'autre cas des phénomènes inflammatoires peuvent survenir avec tous les accidents de l'infection putride.

Ce furent des complications de ce genre qui, il y a plus de vingt ans, firent absolument rejeter toute ouverture, incision et ponction de l'hématocèle, alors que la maladie paraissait suivre une

marche normale ; depuis lors, on a cherché à préciser les cond-tions de l'opération qui est encore indiquée, dans quelques cas, et qui, suivant les circonstances, sera pratiquée par le vagin, la paroi abdominale ou le rectum. On recommandait beaucoup autrefois de ponctionner de préférence par le vagin, aujourd'hui où l'on se sert de trocarts fins, le siége de la ponction n'a pas la même importance.

Aujourd'hui les dangers de la ponction d'une hématocèle paraissent beaucoup moins grands qu'il y a quelques années, on s'oppose en effet plus efficacement à la pénétration de l'air dans la tumeur, cause de la putréfaction des liquides contenus, en aspirant le sang avec un trocart capillaire. Plusieurs fois, pour des hématocèles volumineuses, datant déjà de quelque temps, et dont le contenu était resté liquide, M. Laroyenne a eu recours à ce mode de traitement avec succès et sans le moindre accident; trois fois il a pratiqué la ponction, deux fois par la paroi abdominale et dans le troisième cas par le rectum où la tumeur faisait saillie.

Une telle opération est assurément justifiée par l'innocuité généralement admise des ponctions capillaires dans les cavités closes, par les caractères de la tumeur exclusivement liquide, dont les parois épaissies s'opposent à la résorption du sang épanché, par la crainte de l'ouverture dans le rectum, etc. Cependant, avant d'employer ce mode de traitement, il est prudent de faire usage du traitement médical : vésicatoires volants, badigeonnage iodé, etc., qui ont donné de bons résultats dans des cas analogues. Rappelons que si la ponction est pratiquée, elle le sera avec un trocart d'une propreté voulue. On se conformera aux règles de la méthode antiseptique, car ce n'est pas tout que d'éviter une cause de putréfaction, l'entrée de l'air dans la poche, il faut encore se mettre à l'abri des autres causes possibles d'infection. Lorsqu'on songe d'une part à la facilité avec laquelle dans certaines conditions le sang se putréfie, et d'autre part, aux rapports de la poche avec le péritoine, il semble qu'on ne doive

pratiquer la ponction de l'hématocèle que dans certaines circonstances où la gravité des accidents ne permet plus l'hésitation. Dans une observation rapportée par M. Cotelle [1] on retira d'une hématocèle avec un trocart capillaire, 1,200 grammes de sang noir. La malade éprouvait depuis quatre mois des douleurs intolérables dans l'abdomen, elle était tombée dans un état d'anémie profonde, la ponction amena un soulagement immédiat, et six semaines après l'opération la guérison était définitive. En dehors des cas rares où la tumeur par son volume exagéré refoule, comprime les organes abdominaux, et ne saurait être supportée plus longtemps, la ponction de l'hématocèle paraît bien peu souvent indiquée.

Si des phénomènes inflammatoires surviennent, que la tumeur fasse une saillie marquée dans le vagin ou dans le rectum, on admet généralement qu'il faut laisser la perforation se produire d'elle-même. — Nélaton pensait qu'en présence du développement excessif de la tumeur, on devait craindre son ouverture dans le péritoine et que l'expectation devait être abandonnée. — Exceptionnellement la tumeur s'ouvre dans la cavité abdominale et dans le cas où, redoutant cette complication, on a pratiqué l'ouverture du kyste, l'opération a paru accélérer la marche des accidents.

La plupart des chirurgiens français repoussent actuellement toute intervention dans le traitement de l'hématocèle; cette opinion est généralement adoptée à l'étranger.— Seyfert [2], médecin à l'hôpital de Prague, sur 66 cas d'hématocèle qu'il a eus à traiter dans l'espace de quatre ans, n'aurait eu recours qu'une seule fois à la ponction.

Mais, lorsqu'à la suite de l'ouverture de la tumeur dans le vagin et surtout dans le rectum, les gaz, les matières fécales pénètrent dans le kyste qui devient pour la malade un foyer

1. Thèse de Paris, 1877.
2. Saexinger. *Spitalszeitung,* 1863. N°s 43, 45.

d'infection, le chirurgien ne doit pas hésiter, l'indication est nette, précise, il faut débarrasser la poche de ces produits septiques, des liquides altérés dont la résorption met, dans un bref délai, les jours du malade en danger.

Les lavages, les injections détersives par l'ouverture de la poche sont certainement utiles, mais celles-ci ne peuvent pénétrer que dans une partie de la cavité, et ne sauraient remplir seules le but que l'on se propose.

En présence d'accidents graves dus à la rétention de matières putrides, nous pensons qu'il serait indiqué, non-seulement d'agrandir largement l'ouverture existante, mais encore de pratiquer en un point choisi de la paroi abdominale une autre ponction destinée à donner passage à un gros drain fenêtré traversant l'hématocèle. —Des injections désinfectantes fréquemment répétées seraient alors des plus utiles, car elles assureraient avec le drain le libre écoulement des produits putrides.

Une dernière indication doit être rappelée : soustraire la malade aux conditions hygiéniques fâcheuses dans lesquelles elle peut se trouver; enfin soutenir son état général par tous les moyens possibles.

DEUXIÈME PARTIE

DE L'HÉMATOCÈLE EXTRA-PÉRITONÉALE.

Les hématocèles extra-péritonéales ou sous-péritonéo-pelviennes, diffèrent tellement, suivant la remarque de M. Bernutz[1], des hématocèles intra-péritonéales, qu'on est forcé de reconnaître qu'elles constituent deux affections distinctes qu'il est impossible de comprendre dans une seule et même description.

Malheureusement, l'histoire pathologique de ces tumeurs sanguines est presque entièrement à faire, bien que depuis près de trente ans Huguier les ait signalées à l'attention des observateurs sous le nom de *pseudo-hématocèles*.

Depuis cette époque, c'est à peine si les différents auteurs qui ont écrit sur ce sujet leur consacrent quelques lignes. Plusieurs n'admettent pas cette variété d'hématocèle. Les gynécologistes les plus favorisés n'en ont vu chacun qu'un très-petit nombre d'exemples, souvent encore assez disparates les uns des autres, et tout en reconnaissant avec M. Courty l'existence des hématocèles extra-péritonéales, ils les considèrent comme excessivement rares. La distinction entre les deux variétés de tumeurs a été nettement établie par Nonat[2], et dans les travaux plus récents de Jacob Kühm[3], de Lacoste[4], des observations cliniques nouvelles, des autopsies, permettent à l'heure présente d'aborder l'histoire pathologique des hématocèles sous-péritonéales.

1. *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*. Tom. XXII, p. 335.
2. *Loc. cit.* et *Gazet. hebd.*, 1858, p. 396.
3. *Id.*
4. *Id.*

Ces tumeurs peuvent se produire dans deux circonstances bien différentes l'une de l'autre : dans l'état de vacuité de l'utérus ou dans l'état de gestation. A l'état de gestation, elles présentent aussi deux variétés ; ou bien l'épanchement sanguin se produit dans le cours d'une gestation régulièrement utérine ou bien dans le cours d'une grossesse extra-utérine soit tubaire, soit sous péritonéo-pelvienne.

Ces trois variétés de tumeurs sanguines extra-péritonéales ne sauraient nous intéresser au même degré ; l'histoire des dernières variétés appartient plutôt à l'étude des grossesses extra-utérines et de leurs complications. Cette variété d'hématocèle par grossesse extra-utérine n'a jamais été contestée et l'on en trouve de nombreuses observations.

Nous avons spécialement en vue ici l'infiltration sanguine sous-péritonéale et péri-utérine survenant dans l'état de vacuité de l'utérus et en dehors de toute fécondation anormale ; c'est à cette variété, du reste, que l'on fait allusion lorsque sans préciser davantage on parle d'hématocèle extra-péritonéale et que l'on compare par exemple sa grande rareté à la fréquence relative de l'hématocèle intra-péritonéale.

Suivant J. Kuhn, qui aurait vu sur 320 malades traités à la clinique de Frankenhauser 15 cas d'hématocèle pelvienne, parmi lesquels 5 d'extra-péritonéale, le maximum de fréquence de l'hématocèle extra-péritonéale serait de trente à quarante-cinq ans ; l'hématocèle intra-péritonéale est, au contraire, plus fréquente, ainsi que nous l'avons dit, de vingt-cinq à trente-cinq ans ; plusieurs fois elle serait survenue à une époque menstruelle, sans dysménorrhée antérieure. Toutes les causes capables d'occasionner une congestion plus ou moins intense du système utérin, favorisent l'hématocèle à l'état de vacuité et dans le même ordre d'idées, la véritable cause prédisposante serait la modification qui s'opère dans les tissus de l'utérus, de ses annexes et des vaisseaux voisins au moment de la ménopause et souvent bien avant cette époque. C'est avec ces seules nécropsies qu'il nous

est permis de chercher à différencier anatomiquement les hématocèles extra-péritonéales des intra-péritonéales.

Nous avons cherché expérimentalement quelle route suivait le sang épanché, dans quelle région il se collectait de préférence, et nous donnons un peu plus loin très-succinctement les résultats de ces expériences.

L'anatomie pathologique de ces tumeurs sanguines est peu connue ; en France, nous n'avons qu'une autopsie, celle de M. B. Ball[1] et les auteurs qui ont cherché à différencier l'hématocèle extra-péritonéale de l'hématocèle péritonéale ont surtout tenu grand compte pour la solution de cette question, des témoignages offerts sur le vivant par les signes cliniques. Dans sa thèse, Jacob Kuhn rapporte deux autopsies qu'il a faites dans la clinique de Frankenhauser à Zurich.

Le sang épanché peut se porter dans toutes les parties de l'excavation pelvienne ; tantôt il occupera seulement l'espace compris entre les deux feuillets péritonéaux du ligament large, tantôt il s'étendra aux fosses iliaques au point de sembler incrusté sur les parois (Thès. de Lacoste, *loc. cit.*), il peut arriver au voisinage de l'anus (Observ. de B. Ball) et repousser en avant la paroi postérieure du vagin dans une étendue considérable.

Le volume de ces tumeurs sanguines peut varier depuis celui d'un œuf jusqu'à celui d'une tête d'adulte, rarement elles font saillie au-dessus du détroit supérieur.

Le péritoine qui recouvre l'hématocèle est le plus souvent soulevé par l'épanchement sanguin, le décollement peut porter au niveau de la face postérieure de l'utérus et de ses côtés sur la paroi postérieure du rectum, enfin contre la paroi abdominale antérieure. Playfair[2] a rapporté un cas intéressant où une hématocèle extra-péritonéale n'était autre qu'un abcès pelvien ouvert dans le vagin, et dans la poche duquel s'était fait jour

1. Clinique de Trousseau. T. III, p. 63.
2. *The Lancet*, 1865.

un épanchement sanguin trois jours après l'ouverture. Nous ignorons complétement quelle est dans l'hématocèle extra-péritonéale la source de l'hémorrhagie ; en dehors de la ponte d'un œuf fécondé ou non, de la déchirure de la trompe, la cause la plus puissante nous paraît être la rupture du plexus utéro-ovarien sur la disposition duquel nous nous sommes longuement étendu.

Cherche-t-on sur le cadavre [1], en injectant un liquide coloré, dans l'épaisseur des ligaments larges, à se rendre compte de la marche du sang épanché dans le tissu cellulaire péri-utérin, on constate certaines particularités des plus intéressantes. Si l'ovaire étant traversé par une canule dont la pointe plonge dans le tissu cellulaire des ligaments larges, on injecte des quantités variables d'un liquide coloré avec du bleu de Prusse sous une pression moyenne, on obtient une tumeur intra-ligamenteuse de forme pyramidale à sommet supérieur. Pousse-t-on une plus grande quantité de liquide, alors, ce dernier passe en arrière et en bas où il s'accumule toujours et d'une façon manifeste.

Lorsque la quantité de liquide injecté est encore plus considérable, il passe en arrière du rectum et dans toutes les injections réussies, *cet organe a été reporté en avant, au centre de l'excavation pelvienne.*

Un fait également plein d'intérêt est la coloration bleue de la muqueuse du vagin dès que l'on a injecté 400 à 500 grammes de liquide. Si l'on va jusqu'à deux litres et demi, on voit le liquide, le bassin une fois rempli, décoller le péritoine des fosses iliaques puis celui de la paroi abdominale antérieure.

Jamais le décollement du péritoine ne va au delà de l'union du col et du corps de l'utérus, de telle sorte que cet organe reste toujours lisse et incolore.

1. M. le professeur Tripier a bien voulu nous faire une série d'expériences sur des cadavres de femmes ; ce sont les résultats auxquels il est arrivé que nous donnons ici.

Quoique l'extrémité de la canule correspondît plutôt au feuillet postérieur du ligament large, il a paru très-nettement dans plusieurs expériences que le liquide commençait par remplir le cul-de-sac vésico-utérin, puis secondairement le cul-de-sac postérieur et souvent les deux côtés à la fois.

Ces expériences, quoique portant sur plusieurs sujets, ne sont pas absolument comparables, en raison de la diversité d'âge, de la décomposition plus ou moins avancée, etc., et nous nous garderons de toute déduction ; pendant la vie, en effet, les conditions de tonicité des tissus sont différentes de ce qu'elles peuvent être sur le cadavre; il n'en est pas moins vrai cependant que les recherches peuvent contribuer à éclairer le diagnostic différentiel des deux formes d'hématocèle, et fournir des indications sur le lieu le plus habituel de la collection sanguine.

Les feuillets péritonéaux qui forment les ligaments larges offrent une très-grande résistance, c'est là une de leurs propriétés sur laquelle nous désirions beaucoup être édifié. Il nous semblait, en effet, *à priori*, que la rupture d'un des vaisseaux du plexus utéro-ovarien, ne pouvait être une cause d'hémorhagie intra-péritonéale, à moins, toutefois, que des phénomènes inflammatoires antérieurs n'eussent modifié sa résistance normale.

M. Tripier a pu évaluer très-simplement le degré de résistance de la séreuse.

Il a pour cela mis en communication avec les deux branches d'une canule en Y, préalablement fixée dans l'épaisseur des ligaments larges, d'une part un manomètre, et d'autre part la canule d'une seringue destinée à produire la pression. Il a fallu pour rupturer le péritoine, exercer une pression dépassant deux atmosphères. Les recherches histologiques que M. le professeur Renaut[1] a faites à notre intention, sur la disposition du tissu con-

1. Le ligament large est un repli de la séreuse péritonéale renfermant une couche de tissu connectif lâche qui accompagne les vaisseaux. Cette couche

nectif dans le ligament large, nous expliquent cette grande résistance du péritoine.

L'hématocèle extra-péritonéale a une consistance pâteuse, elle devient faussement fluctuante en grossissant et conserve ses caractères bien plus longtemps que l'hématocèle intra-péritonéale. Le contenu consiste en sang coagulé ou liquide; dans deux cas cités par Kühn, le sang était devenu putride.

La résorption s'effectuerait lentement, plus lentement que dans l'hématocèle intra-péritonéale; on a signalé l'ouverture dans le vagin, le rectum, le péritoine.

D'après Nonat, l'hématocèle sous-péritonéale serait généralement circonscrite par une fausse membrane, cette pellicule ressemblerait beaucoup à la séreuse péritonéale avec laquelle elle aurait pu être confondue; plus tard, alors que des phénomènes inflammatoires sont survenus la distinction ne serait plus possible.

Dans la seule autopsie que nous connaissons, celle de B. Ball, aucune membrane d'enveloppe n'enkystait le sang épanché, dont la consistance était celle de la gelée de groseille.

connective est constituée comme le tissu connectif diffus et ne présente rien de particulier à considérer au point de vue de la résistance. Les fibres élastiques qu'elle contient ne sont même pas très-nombreuses.

Mais de chaque côté, et adjacent à la lame péritonéale qu'il double et soutient, existe un réseau remarquable. Il est formé de faisceaux connectifs très-épais et résistants, s'écartant et se rapprochant tour à tour, de manière à former des mailles dont la disposition est très-analogue à celles du grand épiploon.

Cette membrane fibreuse fenêtrée est d'une résistance extrême. Elle est tout à fait analogue à celle qui double le péritoine au niveau du centre phrénique, et l'on en rencontre aussi une semblable sur la face viscérale de la dure mère encéphalique et de ses replis.

Le tissu connectif lâche du méso-ovarium est donc compris entre deux plans fenêtrés d'une solidité extrême, et qui ne le cèdent en rien, pour la résistance, à certains plans aponévrotiques. J'ai pu m'assurer de ce dernier fait en le tendant fortement pour l'examiner; il ne se dissociait nullement à la façon du tissu conjonctif lâche que l'on soumet à des tractions; ses mailles réticulées étaient simplement développées. (Note communiquée par M. Renaut.)

Dans l'hématocèle extra-péritonéale, l'instantanéité du début des accidents serait bien moindre que dans l'hématocèle intra-péritonéale ; la chose semble devoir être, puisque le sang s'épanche loin de la séreuse et ne détermine pas aussi promptement de la péritonite. Cependant, lorsqu'on lit la seule observation authentique, puisque seule elle est avec autopsie, l'observation de M. Ball, on voit que l'hématocèle avait débuté par une péritonite suraiguë, et que les accidents avaient été de tout point comparables à ceux de l'hématocèle intra-péritonéale. Ces différences dans les accidents initiaux s'expliqueraient par les caractères de l'hémorrhagie qui se fait subitement ou par poussées successives. La douleur, d'après Kuhn, serait en rapport avec l'étendue de la déchirure du tissu cellulaire ; par le sang épanché, elle ressemblerait à celle de l'accouchement, et serait de plus intermittente. La fièvre ferait défaut. On aurait également noté l'absence d'accidents péritonéaux, de météorisme, etc.

Quant aux signes physiques fournis par le palper abdominal et par le toucher ils présenteraient certaines particularités distinctives.

Les tumeurs sanguines sous-péritonéales s'élèvent rarement au-dessus du détroit supérieur ; diffuses elles semblent faire plancher dans la cavité du petit bassin. Dans des cas exceptionnels, la tumeur aurait atteint et même dépassé l'ombilic ; par le palper on sent alors une tumeur d'abord liquide et fluctuante, puis solide, dure et immobile, appliquée pour ainsi dire contre la paroi abdominale antérieure, au niveau de la tumeur, la percussion donne une matite presque absolue, tandis qu'on trouve de la sonorité sur les parties latérale et supérieure de l'abdomen.

Le doigt introduit dans le vagin est arrêté plus ou moins loin de l'orifice de la vulve par une tumeur qui semble faire corps avec la paroi vaginale[1]. Cette tumeur, dans toutes les

1. Dans une observation de M. Gallard, le doigt était arrêté à 1 centimètre de la vulve.

observations, descend plus bas que la limite inférieure normale du cul-de-sac de Douglas.

M. Bernutz a rapporté un cas dans lequel la tumeur sanguine, placée surtout latéralement, arrivait à peu près jusqu'à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur du vagin. Cette tumeur vaginale siége habituellement dans la cloison recto-vaginale[1] (Nonat l'a vue distante de l'anus seulement de 3 centimètres), parfois sur les parties latérales, très-rarement ou plutôt jamais, d'après nos expériences, en avant du col utérin. Le sang ne s'étant pas versé uniformément dans le tissu cellulaire sous-séreux, on perçoit une tumeur inégale, pâteuse. Prost, Breslau, avaient dit que l'hématocèle extra-péritonéale élevait l'utérus, tandis qu'il était abaissé dans l'hématocèle intra-péritonéale.

Ce signe ne nous paraît pas exact, car l'élévation ou l'abaissement de l'utérus dépendent beaucoup des conditions individuelles et du degré de relâchement des ligaments utéro-sacrés. Appliqué contre la symphyse pubienne, le col de l'utérus est déplacé latéralement tantôt à droite, tantôt à gauche. L'utérus ne perd pas sa mobilité, comme dans l'hématocèle intra-péritonéale; il la conserve plus ou moins complétement et se laisse déplacer avec la tumeur. D'après Kühn, la présence au toucher d'un pont unissant deux tumeurs latérales, serait pathognomonique de l'hématocèle extra-péritonéale; il aurait constaté ce signe deux fois.

L'examen au spéculum permet de reconnaître la teinte violacée du cul-de-sac vaginal refoulé par la tumeur sanguine. Ce changement de coloration, sur lequel Huguier a insisté, et que nous avons constaté expérimentalement, donnerait au diagnostic, d'après Nonat, un haut degré de certitude. M. Bernutz ne le croit pas constant.

1. Bricheteau. *Hématocèle péritonéale*, *Bulletin de la Société anatomique*, 1860.

Le diagnostic de l'hématocèle extra-péritonéale découle des symptômes et des signes que nous venons d'exposer.

Quant au diagnostic de la variété d'hématocèle extra-péritonéale, on se souviendra que l'hématocèle à l'état de vacuité, débute plus brusquement et qu'il n'est pas précédé des signes de la grossesse extra-utérine. Lorsqu'il s'agit d'une grossesse sous-péritonéo-pelvienne, le volume de l'abdomen peut être considérable ; dans l'observation de M. Gallard, il existait une saillie énorme du périnée.

L'hématocèle extra-péritonéale peut être très-grave, soit par l'abondance de l'hémorrhagie, soit par l'irruption du sang dans la cavité péritonéale, alors que des phénomènes inflammatoires ont diminué la résistance de la séreuse ; d'après Kuhn, le pronostic est plus défavorable que pour l'hématocèle intra-péritonéale, le grand danger serait l'ouverture de la tumeur dans le péritoine.

M. Bernutz considère également le pronostic comme très-grave. Dans beaucoup de cas cependant la maladie n'aurait pas une pareille gravité; la résorption complète ou incomplète serait la règle ordinaire pour les hématocèles extra-péritonéales (Lacoste). Dans tous les cas, l'hématocèle, à l'état de vacuité, serait beaucoup moins inquiétante que l'hématocèle consécutive à une grossesse extra-utérine. Elle serait, selon M. Courty, excessivement rare et peu dangereuse.

Comme dans l'hématocèle intra-péritonéale, la première indication thérapeutique, à la période initiale, est de combattre l'hémorrhagie, qui serait une cause fréquente de mort; les jours qui suivent on s'efforcera, par le repos absolu, les antiphlogistiques, etc., d'obtenir la résorption du sang épanché dans le tissu cellulaire péri-utérin. Nonat a préconisé l'intervention chirurgicale dans les hématocèles extra-péritonéales, tandis qu'il la rejetait pour les intra-péritonéales. Cette opinion

1. *Loc. cit.*, p. 75.

n'a jamais été acceptée et la ponction comme mode de traitement des infiltrations sanguines du tissu cellulaire péri-utérin nous paraît moins indiquée encore que dans les collections sanguines intra-péritonéales.

On risque, en effet, de ne donner issue qu'à une petite quantité de liquide, la plus grande partie du sang épanché s'étant coagulé, et pouvant, à la suite de la ponction, se putréfier et donner lieu à des accidents de résorption putride. En présence de ces phénomènes septiques, il faut par de larges ouvertures servant à des injections désinfectantes, assurer le libre écoulement des liquides.

On trouvera, dans nos observations, un cas très-intéressant d'hématocèle péri-utérine, qui, au dire de l'auteur [1], aurait été diagnostiqué extra-péritonéal par MM. Hérard et Alphonse Guérin.

1. Lacoste. *Loc. cit.*, p. 22.

OBSERVATIONS D'HÉMATOCÈLES

INTRA-PÉRITONÉALES

Hématocèle rétro-utérine. — Autopsie.

Marie Gay, 38 ans, mariée, domestique, entre le 14 février 1868, au nº 23 de la salle Saint-Jacques à l'hôpital Cochin, service de M. le professeur Le Fort. Cette femme présente une tumeur abdominale assez volumineuse, qui s'est développée lentement sans cause appréciable. Cette tumeur, qui était douloureuse, présentait tous les caractères d'une hématocèle. On ne fit aucun traitement chirurgical. — La malade avait encore ses règles plus ou moins régulièrement et à une de ses époques menstruelles, elle fut prise de péritonite à laquelle elle succomba le 19 mars, c'est-à-dire à peu près un mois après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva une hématocèle rétro-utérine.

Description de la pièce pathologique, représentée figure 1.

Sur la pièce qui nous a été remise et qui a séjourné pendant un certain temps dans une solution alcoolique, on constate les particularités suivantes :

Entre la face postérieure de l'utérus et le rectum existe une tumeur du volume d'une orange ordinaire, mais aplatie transversalement, assez régulièrement développée, faisant cependant une saillie un peu plus marquée à gauche qu'à droite. Cette masse affecte avec les organes environnants certains rapports sur lesquels nous devons nous étendre.

A première vue la tumeur est complétement enclavée entre l'utérus et le rectum, mais elle fait une saillie notable plus particulièrement dans la cloison recto-vaginale ; l'utérus dans son corps paraît libre, il émerge en quelque sorte au-dessus d'elle.

Lorsqu'on mesure la distance du sommet de la matrice à la partie la plus saillante de la tumeur, on trouve, en effet, une distance de 35 millimètres. La tumeur a contracté des adhérences intimes avec le tiers inférieur de l'utérus et la paroi postérieure du vagin, sur une longueur que nous apprécierons. C'est donc avec ces deux derniers organes qu'elle offre en avant des rapports immédiats. Le ligament large du côté droit, la trompe, l'ovaire sont complétement libres et ce ligament n'offre des connexions avec la

tumeur que par sa partie postéro-inférieure. Il n'en est pas de même du ligament large gauche; son aileron postérieur et principalement l'ovaire sont particulièrement unis à la paroi par des adhérences épaisses et ne font qu'un avec la poche. En bas la tumeur descend dans la cloison recto-vaginale et, les organes étant en place; elle dépasse de 4 à 5 centimètres le cul-de-sac postérieur du vagin. Quant au rectum aplati contre la face antérieure du sacrum, il se confond par des adhérences résistantes avec la paroi postérieure de la poche.

Le siége de la tumeur, son irruption entre le rectum d'une part, la partie inférieure du corps de l'utérus et le vagin d'autre part, pouvaient, à un examen superficiel, laisser dans le doute sur le siége intra ou extra-péritonial de l'épanchement sanguin. Pour trancher cette question, nous avons dû rechercher avec soin la structure de la poche et principalement déterminer si l'on ne retrouvait pas sur différents points et surtout à la partie inférieure de la tumeur la séreuse péritonéale. Lorsque par la dissection on isole le péritoine qui tapisse la face postérieure de l'utérus et que, arrivé au niveau de l'union de cet organe et de la tumour, on cherche la continuité de la séreuse, il semble assez nettement qu'elle passe au-dessous de la poche. On a sous ses pinces une membrane résistante, d'aspect uniforme et qui se différencie certainement par ses caractères du reste du tissu qui entre en majeure partie dans la structure de la poche. A la partie inférieure de la tumeur, le doute n'est plus permis; on y constate nettement l'existence d'uno tunique externe, lisse, épaissie, se continuant en avant avec les ligaments larges et en arrière, sous forme de larges bandelettes, avec lo péritoine qui recouvre le rectum. Cette membrane se décolle aisément; on la sépare sans aucune peine de l'autre partie de la paroi qui présente une tout autre apparence. Son uniformité, sa consistance, la continuité de ses rapports nous font reconnaître le péritoine.

Sa poche n'a pas dans tous les points la même épaisseur ; le maximum de résistance est sur la partie latérale gauche et à la partie inférieure de la tumeur. D'une façon générale elle mesure de 2 à 3 millimètres d'épaisseur et dans quelques points 5 à 6 millimètres. La face interne, d'une coloration jaune grisâtre, est lisse ; mais on ne peut la décoller sous forme de membrane; très-résistante, elle s'émiette sous la pince; son aspect est tout à fait comparable dans l'ensemble à celui de certaines poches anévrysmales et, dans nombre de points, la paroi est exclusivement formée par des couches fibrineuses superposées, très-adhérentes les unes aux autres et dont on prend une idée nette à la coupe, la paroi se montrant alors sous un aspect feuilleté.

Hématocèle péri-utérine communiquant avec l'intestin et la vessie.

(*Gazette des Hôpitaux*, 1861, p. 53.)

Une jeune fille de 18 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution chétive, réglée à 10 ans, devenue mère à 14, s'étant abandonnée, dans ces dernières années, à une vie de désordre, fut prise tout à coup, dans le mois de novembre 1859, au moment de ses règles, de douleurs dans la région hypogastrique. Ces douleurs, légères d'abord, allèrent peu à peu en augmentant. M. Martin Magron la vit le troisième jour; elle était couchée sur le dos, la figure anxieuse, le pouls fréquent, dur et petit; le ventre tendu et très-douloureux à la pression, notamment dans la région hypogastrique et au niveau de la fosse iliaque gauche ; nausées, miction difficile, constipation; les règles sont arrêtées. On prescrit une application de 15 sangsues *loco dolenti*, des cataplasmes, des bains et des purgatifs.

Après 8 jours, les douleurs sont diminuées ; l'exploration de l'abdomen étant devenue plus facile, on l'examine avec soin, et on constate un empâtement dans la fosse iliaque gauche et dans le petit bassin. Frictions avec l'onguent napolitain, cataplasmes.

Au bout de 15 jours, les douleurs ont à peu près cessé ; la malade se lève, se plaignant d'un sentiment de gêne dans le bas-ventre, avec difficulté d'uriner et d'aller à la garde-robe. En déprimant la partie antérieure de l'abdomen au-dessus du pubis, on sent dans le petit bassin une tumeur molle, de la grosseur d'une orange ; le toucher vaginal fait reconnaître, en arrière et sur les côtés du col de l'utérus, une saillie arrondie, dépressible, évidemment en rapport avec la tumeur signalée dans le petit bassin.

La malade se rétablit peu à peu, en conservant cependant une difficulté dans la miction et la défécation. La tumeur n'a pas changé de volume. Dans le courant du mois de juin, elle est prise de douleurs sourdes d'abord, puis très-aiguës, ayant leur siége principal dans la cavité pelvienne, et s'irradiant dans la fosse iliaque droite. La fièvre est intense. Une nouvelle application de sangsues et des frictions mercurielles semblent amener un soulagement dans les douleurs les jours suivants ; mais la fièvre persiste, la santé générale commence à s'altérer. La tumeur est à peu près la même.

Un jour, à la suite de douleurs très-vives, les urines deviennent troubles, noirâtres et d'une odeur fétide; une exploration attentive du petit bassin apprend que la tumeur a disparu, du moins en grande partie.

Quelques jours après ce changement, la malade rend par l'urèthre un lambeau de tissu de deux pouces de long et d'une ligne et demie de large ; puis elle s'aperçoit que des gaz s'échappent par le méat urinaire pendant la miction. A partir de ce moment elle va de mal en pis ; il survient de la diarrhée et une maigreur effrayante.

Le 24 septembre, cette jeune fille entre à l'hôpital de la Charité, dans le

service de M. Malgaigne, suppléé alors par M. Depaul. A ce moment, le ventre est déprimé, peu douloureux, si ce n'est au-dessus du pubis, où la pression détermine une sorte de gargouillement. La malade rend toujours des gaz en urinant. Le toucher vaginal ne laisse sentir aucune tumeur. On cherche à relever les forces par des toniques. La mort survient, au milieu du marasme le plus complet, le 15 octobre. On a constaté, dans les derniers jours de la vie, qu'il ne s'échappait plus de gaz avec les urines, et que le bruit aérique qu'on entendait auparavant, au-dessus du pubis. avait disparu.

Voici ce que l'autopsie, faite par M. Soulié, interne du service, a fait reconnaître :

La paroi antérieure de l'abdomen, au niveau du petit bassin, a contracté des adhérences avec une masse intestinale composée du cœcum, de l'S iliaque et d'une portion de l'intestin grêle. On trouve dans l'épaisseur même de cette paroi une cavité pouvant loger une noisette. — Ses connexions seront indiquées tout à l'heure. — Derrière la masse d'intestins adhérents entre eux existe une poche occupant la plus grande partie du petit bassin, et se prolongeant, à gauche, vers la fosse iliaque. Cette cavité, pleine d'un liquide jaunâtre d'où s'exhale une odeur fécale, est limitée en avant et en haut par cette même masse intestinale, en avant et en bas par une portion de la face postérieure de la vessie, plus bas encore par l'utérus et les ligaments larges, avec la trompe et l'ovaire du côté droit, en arrière par le rectum, et sur les côtés par la portion des parois latérales du pelvis qui sont en arrière des ligaments larges.

Cette poche présente trois ouvertures : la première communique avec la cavité signalée dans la paroi abdominale ; la deuxième débouche dans la vessie : la troisième, dans la partie inférieure de l'intestin grêle, à deux pouces au-dessous du cœcum. L'ovaire gauche, réduit à une bandelette de tissu fibreux, est rempli par un kyste sanguin gros comme une noix. La trompe de ce côté est dans l'état normal ; l'ovaire droit est réduit en une sorte de bouillie. La trompe droite, de l'epaisseur du petit doigt, présente à la face externe une excoriation large comme l'ongle, à bords déchiquetés; la muqueuse est rouge, boursouflée, granuleuse. Les veines du plexus ovarique ne sont point variqueuses. L'utérus est sain. La vessie présente, sur sa paroi postérieure, une saillie ampullaire, au sommet de laquelle est un orifice qui conduit dans la poche qui vient d'être décrite. Le rectum est couvert, dans toute son étendue, d'ulcérations analogues à celles qu'on rencontre dans la dysentérie chronique.

L'époque de l'apparition des douleurs, la marche de la maladie, les faits constatés à l'autopsie, tout porte à présumer, ainsi que MM. Martin-Magron et Soulié se sont crus fondés à l'admettre, qu'il y a, dans ce cas, hématocèle intra-péritonéale résultant d'une hémorrhagie ovarienne; puis, six mois après, inflammation ulcérative de la poche et, consécutivement, communication avec les organes environnants.

Grossesse tubaire. — Hématocèle par rupture du kyste fœtal.

(Observation
communiquée par M. Meyer, assistant de M. le professeur Recklinghausen.)

Femme de 32 à 35 ans, couturière, non mariée, mais ayant déjà eu des enfants; n'a plus eu ses règles depuis treize à quatorze semaines; prise trois ou quatre jours avant son entrée à l'hôpital, de fortes douleurs dans le bas-ventre, de faiblesses répétées et d'autres symptômes assez graves qui la forcent à entrer au service du docteur L...

On constate, par le toucher vaginal, l'existence d'une tumeur très-tendue, dure, occupant le cul-de-sac postérieur du vagin et refoulant la portion vaginale de l'utérus, tout à fait en haut et en avant derrière la symphyse. Se fondant sur le résultat du toucher et sur l'état d'anémie générale, on diagnostique une hématocèle recto-utérine. — Au bout de peu de jours (je crois me rappeler, environ huit à neuf jours après le début des accidents), la mort survint, sans symptômes véritables de péritonite aiguë et plutôt par anémie.

Autopsie : douze heures après la mort. — Personne assez bien développée, assez grasse, excessivement pâle. Vergetures sur la face interne des cuisses, abdomen tendu, météorisé dans sa partie supérieure, au-dessus de l'ombilic; au-dessous, au contraire, donnant un son mat à la percussion.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate que le colon transverse et les dernières anses de l'intestin grêle sont fortement distendues par des gaz, mais le revêtement péritonial est lisse; pas d'*exsudat fibrineux ou purulent.* Entre les anses intestinales, on recueille une trentaine de grammes d'un liquide brun-rouge sanguin. Dans les parties déclives, le péritoine a pris une coloration ardoisée et est recouvert d'un sang épais, en très-minces couches et présentant des cristaux pygmentaires.

Toute la cavité du petit bassin est remplie par une tumeur très-tendue, dure, qui, en avant, recouvre complétement la vessie, vide et refoulée derrière la symphyse, et, en arrière, va rejoindre l'S iliaque et la paroi postérieure du bassin. Cette tumeur s'élève de plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis dans la cavité abdominale.

On ne trouve, au premier examen, pas trace de l'utérus ou de ses annexes.

La tumeur est, du reste, si solide que l'on parvient à détacher toutes les parties molles du bassin sans la rompre.

On constate alors que la vessie et le rectum sont intacts, ce dernier vide, tandis que le colon descendant est rempli de matières.

L'utérus est augmenté de volume, allongé dans ses deux parties; la

cavité de l'utérus présente une muqueuse lisse, assez pâle; pas de véritable caduque.

Entre l'utérus et le rectum se trouve la tumeur précitée; elle est limitée latéralement par des replis membraneux, probablement les ligaments recto-utérins, et est entièrement close en haut par un diaphragme membraneux de nouvelle formation, que l'on est forcé d'inciser; on tombe alors dans une vaste poche, remplie par du sang coagulé, brunâtre (1,500 grammes), que l'on peut, en quelque sorte, décortiquer et enlever en un seul bloc. Après avoir gratté les dépôts fibrineux de la paroi de ce sac, on constate sur la face postérieure une tumeur grosse comme un fort œuf de poule, insérée à peu près au niveau de l'S iliaque, vers la gauche. On ne découvre encore aucun ligament, rien qui rattache cette tumeur directement à l'utérus. Cette tumeur a une surface lisse, dans laquelle on distingue de grosses veines; vers son bord droit, cette tumeur présente une véritable déchirure de sa substance; et c'est évidemment ici le point de départ de l'hémorrhagie. On incise cette tumeur sur son milieu, couche par couche, et on tombe ainsi dans une poche à parois lisses, remplie par un liquide clair et dans laquelle on distingue un embryon déjà muni d'un cordon ombilical, et que l'on peut estimer âgé de six à sept semaines (cœur non encore recouvert, membres à peine formés, etc.). Cet embryon est dans un état de macération considérable. Sa mort paraît donc antérieure de quelques semaines à l'accident ultérieur. Reste à déterminer la nature de cette grossesse extra-utérine.

On parvient avec beaucoup de peine à découvrir la trompe gauche : cette trompe est intacte sur une longueur de huit à dix centimètres, puis se dilate et concourt à former le sac embryonnaire; l'extrémité abdominale de cette trompe gauche est oblitérée et remplacée par un kyste du volume d'une grosse noix (*hydrops tubæ*). L'ovaire gauche est perdu dans d'*anciennes* adhérences péritonitiques, mais encore reconnaissable à la présence de plusieurs corps jaunes.

De même la trompe droite et l'ovaire de ce côté ne se laissent que difficilement retrouver et sont perdus dans des cordons fibreux très-denses et évidemment anciens.

On constate également la présence d'anciens *tractus fibreux* allant entre l'S iliaque, l'utérus et les parois pelviennes, et dont la solidité contraste clairement avec la fragilité et la friabilité des dépôts fibrineux qui tapissent la paroi interne du sac ainsi formé.

Broncho-pneumonie à la base de chaque poumon.

Hématocèle péri-utérine survenue après un voyage entrepris pendant la période menstruelle. — Névralgie ovarienne avec irradiation dans les membres inférieurs persistant pendant sept mois. — Douleurs atroces survenant plusieurs fois par jour et presque à heure fixe. — Suppu-

ration de l'hématocèle. — Ouverture spontanée par le vagin six mois et demi après le début; diminution de l'intensité des douleurs, mais persistance des crises douloureuses.

(Communiquée par M. le professeur Ollier.)

Madame X... 34 ans, a eu un enfant il y a 13 ans et une fausse couche un an après. Depuis cette époque elle a souffert de la matrice et a été soignée à diverses époques par M. Isambert. M. Ollier l'examina pour la première fois au mois de juillet 1877 et constata les symptômes suivants :

Tuméfaction générale de l'utérus avec sensibilité à la pression au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur, utérus en légère rétroversion. Rien au col, douleurs sus-pubiennes spontanées et à la pression. Tuméfaction très-marquée du segment antérieur du corps, envies fréquentes d'uriner. M. Ollier diagnostique une métrite ancienne avec fibrôme commençant dans le segment antérieur de l'organe. Les règles étaient abondantes, accompagnées de douleurs et reparaissaient généralement au sixième jour après un arrêt de deux jours.

Le 31 octobre 1877, madame X... éprouva, au moment de l'époque menstruelle, des douleurs plus vives qu'à l'ordinaire, elle se mit en route cependant, malgré l'avis formel de son médecin, pour se rendre à Lyon le 31 octobre. Le chemin de fer fut très-bien supporté et sans douleur, mais le trajet en voiture de la gare à son domicile fit naître des souffrances vives, insolites, qui forcèrent la malade à se mettre au lit immédiatement. Les règles ne reparurent pas, les douleurs continuèrent, et deux jours après, quand M. Ollier vit la malade, il constata dans le cul-de-sac vaginal postérieur une tumeur grosse comme un œuf, douloureuse, assez consistante, mais dépressible cependant et ne donnant pas la sensation du tissu utérin. Cette tumeur s'accrut les jours suivants et acquit le volume du poing. La malade était alors sous l'influence d'une bronchite persistante, accompagnée de mouvements fébriles, et on ne put songer à des applications de glace pour arrêter le développement de la tumeur. Il y eut pendant quelques jours des douleurs profondes qui purent faire craindre un foyer de suppuration. Quelques applications de sangsues les calmèrent au bout de quinze à vingt jours de traitement. Les souffrances furent moindres et quand les règles arrivèrent, la malade perdit comme d'habitude assez abondamment. On vit quelques caillots dans les linges.

A partir de ce moment les douleurs qui avaient déjà pris, du reste. le caractère névralgique le conservèrent avec une ténacité désespérante. Douleurs atroces que rien ne pouvait calmer, si ce n'est au début, des injections de morphine. Ces douleurs revenaient deux fois par jour à des heures presque fixes et elles se prolongeaient de plus en plus de manière à durer presque tout le jour et une grande partie de la nuit.

A partir de ce moment, les douleurs qui occupaient la région ovarienne

droite et plus particulièrement le pli de l'aine et le tiers interne de ce pli, puis qui s'irradiaient d'abord jusque dans le milieu de la cuisse et s'étendaient au genou et même au talon, passèrent à gauche en abandonnant complétement le côté droit. Pendant 4 mois elles occupèrent ce nouveau siége. En même temps, la tumeur sanguine intra-pelvienne augmenta, ainsi que la tumeur sus-pubienne. On sentait par le toucher vaginal, à gauche de la première tumeur, une autre masse plus élevée et plus difficile à atteindre que la première.

La tumeur sus-pubienne augmenta, arriva jusqu'à l'ombilic et on se demandait si elle était le résultat d'un corps fibreux ou d'une accumulation de sang, qui serait venu se collecter en avant. La sensibilité du ventre ne permettait pas de faire un examen complet et de se rendre compte des limites de la tumeur.

L'utérus était englobé dans les tumeurs qui s'étaient formées autour de lui. Le toucher vaginal était très-douloureux, la mensuration du diamètre vertical de l'utérus donnait sept centimètres trois quarts.

Pendant 3 mois l'état sembla rester stationnaire; la tumeur n'allait ni en augmentant ni en diminuant, malgré tous les moyens : vésicatoires multiples, applications iodées, frictions mercurielles, électricité à courant continu, etc.

Après 4 mois de cet état, la tumeur diminua assez sensiblement pour permettre un instant d'espérer la résorption; mais les douleurs continuèrent, revenant avec une régularité que la quinine ne parvenait pas à troubler. Les calmants sous toutes les formes étaient impuissants ou mal tolérés. La morphine, administrée à la dose de 7 à 8 centigrammes par jour, en injections hypodermiques, ne parvenait pas à adoucir les douleurs; si bien qu'elles avaient fini par durer toute la journée et toute la nuit, et le sommeil devenait de plus en plus rare. Pendant les 4 mois, jamais de frisson, fièvre à peine appréciable, pas de vomissements. Les douleurs étaient exaspérées par les seuls mouvements de la malade, et surtout par l'action d'aller à la selle. Les efforts pour amener les fèces étaient considérables; outre la constipation habituelle, la malade sentait une pesanteur au périnée, produite par la pression de la tumeur sur le rectum, pression qui donnait de fausses envies de défécation.

Le moindre effort de la malade, le plus léger mouvement réveillaient les douleurs. Elles partaient de la région ovarienne, et allaient du pli de l'aine au talon en suivant les ramifications du nerf crural et sciatique. L'état de la malade fut celui que nous venons de décrire, jusqu'au 3 mai. Les règles qui étaient passées depuis 5 jours, reparurent, s'accompagnant de symptômes qui firent diagnostiquer un nouvel épanchement sanguin. Pouls petit; sueurs, frisson, ballonnement du ventre. Les vomissements se manifestèrent bientôt. Sensibilité extrême du vagin. On découvre une tumeur nouvelle dans la fosse iliaque droite, où la douleur s'est, du reste, localisée. Après 3 ou 4 jours, les douleurs lancinantes deviennent plus profondes dans le cul-

de-sac postérieur. La tumeur augmente, acquiert un volume double, et remplit le petit bassin. L'état local et général fait redouter la formation d'un foyer purulent dont les symptômes s'accusent de plus en plus.

La malade fut examinée à ce moment par MM. Ollier, Bouchacourt, La cour, Viennois; mais les douleurs étaient tellement vives, qu'on dut avoir recours à l'anesthésie.

M. Ollier se disposait à pratiquer la ponction quand, pendant la nuit qui suivit, les symptômes s'amendèrent subitement, et une grande quantité de pus fut rendue pendant un effort de défécation.

L'amélioration ne fut pas de longue durée ; ce fut surtout le troisième jour que l'écoulement du pus fut abondant par l'ouverture dans le vagin. Depuis ce moment, les douleurs ont un peu diminué d'intensité ; mais elles persistèrent d'une manière constante avec des redoublements paraissant 2 fois, puis 3 fois et 4 fois par jour.

Malgré ces souffrances et les insomnies qu'elle déterminait, l'état général de la malade était resté encore satisfaisant; mais, depuis un mois, il s'est aggravé, et la fièvre hectique s'accentue chaque jour. (8 juin 1878.)

Hématocèle péri-utérine. — Hémophilie. — Deux récidives.

(Observation communiquée par M. D. Mollière.)

La nommée Marie B..., âgée de 40 ans, entre au numéro 5 de la salle Sainte-Catherine le 8 septembre 1876. Les antécédents de cette malade sont les suivants : son père est mort d'une pleurésie il y a 35 ans; sa mère est morte, il y a 12 ans, à la suite de métrorrhagies répétées. Jusqu'à l'âge de 18 ans, notre malade jouit d'une bonne santé, mais pas de menstruation à cette époque, crises hystériques fréquentes. Néanmoins ses parents la mettent en apprentissage, et elle exerce le pénible métier de tisseuse de velours.

Un soir, en se mettant au lit, *elle est prise d'une épistaxis d'une abondance telle* qu'elle n'est bientôt plus en état d'appeler du secours; on la retrouve le lendemain matin baignée dans son sang et dans un état demi-syncopal. Après cet accident, elle ne reste pas moins d'un mois au lit avant de reprendre son travail. Notons encore à cette époque une constipation habituelle et *quelques flux hémorrhoïdaux* sans retours réguliers.

A l'âge de 19 ans, les troubles hystériques sont encore plus accentués. Les médecins appelés à la soigner à cette époque, dans le but d'amener la menstruation, lui firent une application de 18 sangsues dans la région inguinale.

Cette application amena une *hémorrhagie profuse* avec syncope.

Quelque temps plus tard la menstruation s'établissait. Elle a toujours été depuis fort irrégulière.

Néanmoins à 24 ans elle se marie et met au monde, au bout de 9 mois, une fille bien portante. Rien de particulier à noter à cette époque.

Mais un mois environ après la délivrance, en ramassant des légumes

dans un champ, elle est prise de douleurs très-vives dans l'abdomen; le ventre devient volumineux et douloureux, du sang s'écoule par les organes génitaux. Elle croit sentir alors sa matrice faisant saillie au dehors. La miction ne s'accomplit qu'avec une grande difficulté; au bout d'un mois de séjour au lit elle se lève, à ce moment le gonflement de l'abdomen n'a pas pourtant complétement disparu.

La menstruation n'a reparu que beaucoup plus tard et toujours avec une extrême irrégularité.

Pendant un an et demi, santé relativement bonne. Rapports conjugaux normaux.

A 32 ans, notre malade devenue veuve se remarie. A cette époque, sa santé était excellente.

Elle devient garde-malade et en faisant un léger effort, elle ressent, comme au moment de son premier accident, une vive douleur avec gonflement abdominal, qu'elle attribue à un déplacement utérin. Elle reste au lit trois semaines.

Depuis ce dernier accident elle a toujours souffert. Le coït est très-pénible, il est souvent suivi de pertes sanguines.

Cet accident remonte à 4 ans. Lors de son entrée elle présente un gonflement diffus de la région hypogastrique. L'utérus est fixe, malgré une perte sanguine assez forte.

Le lendemain on constate une tumeur mieux limitée siégeant à droite, faisant corps avec l'utérus qui est toujours immobile. On sait par l'examen des culs-de-sac vaginaux, que la tumeur est liquide.

M. D. Mollière diagnostique une hématocèle, prescrit le repos absolu, et ordonne des toniques, en raison des antécédents hémophiliques de la malade. La tumeur se résorbe rapidement, et, le 2 octobre, la malade quitte l'hôpital. L'utérus est mobile. Il n'y a aucune tumeur dans la région pelvienne. Tout paraît être à l'état normal.

Le 19 octobre elle rentre, présentant une métrorrhagie assez forte avec tumeur de la région hypogastrique, comme la première fois.

Repos; toniques. On combat la constipation à l'aide de quelques lavements; et la malade quitte l'hôpital le 24 novembre 1876. Cette fois, la résorption n'est point aussi complète que la première fois, et l'on sent à droite, au niveau du ligament large, une tumeur mal limitée, mais qui adhère à l'utérus, car en pressant sur elle avec la main, on transmet au col utérin des mouvements que l'on peut facilement percevoir avec le doigt introduit dans le vagin.

Le 26 février 1878 notre malade entre de nouveau à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul. Elle a la figure pâle, les lèvres livides; elle présente l'aspect d'une femme qui vient de subir une hémorrhagie profuse. Métrorrhagie modérée; abdomen gonflé, douloureux; fièvre. Le toucher est douloureux et montre un utérus fixe, immobile. Repos; toniques.

Les phénomènes aigus s'étant amendés quelque peu, on pratique la palpa-

tion abdominale. On sent alors une tumeur du volume d'un utérus au sixème mois de la gestation. Il y a saillie du côté du cul-de-sac postérieur du vagin. Cette tumeur devient de jour en jour plus limitée. Constipation.

Au bout d'un mois, pertes sanguines; nouvelles douleurs abdominales; augmentation de la tumeur; lividité de la face. Toniques; vin d'Espagne; infusion de cannelle; repos absolu.

Aujourd'hui, 25 mai, la malade semble en assez bon état. Au toucher, on sent l'utérus fixe; il y a une légère saillie donnant la sensation des tissus engorgés, dans le cul-de-sac postérieur. Une tumeur volumineuse, assez nettement limitée en haut par la ligne.

Hématocèle péri-utérine. — Développement rapide. — État stationnaire. Douleurs. — Ponction capillaire. — Guérison.

La nommée Henriette G..., robuste jeune femme de 25 ans, exerçant la profession de cuisinière, entre le 6 juin 1875 dans la salle Sainte-Catherine (service de M. D. Mollière).

Cette malade, dont la santé a toujours été excellente, ressent depuis quelques jours de vives douleurs dans l'abdomen. Les règles ont été abondantes la dernière fois. — Cette femme a les lèvres pâles et la figure jaune comme les nouvelles accouchées.

L'abdomen présente sur la ligne médiane une tumeur profonde qu'il est très-difficile de sentir par la palpation quand la vessie est pleine. — Elle remonte cependant jusqu'à l'ombilic et, au dire de la malade, elle s'est produite rapidement au moment de la période menstruelle.

En introduisant le doigt dans le vagin on sent l'utérus en avant de la tumeur, en antéversion. Il est fixe et relativement peu mobile. Le cul-de-sac postérieur est remplacé par une saillie molle et nettement fluctuante.

Repos. — Toniques.

Rien à noter les jours suivants ; la tumeur devient beaucoup plus tendue. Elle semble s'accroître. Elle devient plus douloureuse. Le soir la fièvre s'allume. Le pouls est petit, rapide, la température atteint 40°. Pas de troubles dans la miction.

C'est alors que l'on se décida à intervenir, car la tumeur augmentant du côté de l'abdomen, on pouvait craindre sa rupture dans le péritoine. La fièvre faisait aussi redouter la suppuration de cette vaste poche.

A travers un spéculum de Cusco, M. Mollière introduisit dans la saillie formée par la tumeur, au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, un trocart capillaire de Dieulafoy et pratiqua l'aspiration. 250 grammes d'un liquide chocolat très-fluide furent extraits. La tumeur diminua de volume. Mais M. Mollière ne jugea pas à propos de la vider complétement, de peur de déterminer une hémorrhagie *a vacuo* dans la poche, ou une congestion trop vive dans ses parois.

Pendant les dix jours suivants la température se maintint entre 38°,5 et

40°. La teinte de la peau devint ictérique. L'urine n'a pu être analysée, mais la tumeur, dont le volume était encore considérable après la ponction, se résorba pendant ces dix jours d'une manière presque complète.

Quand le 26 juillet la malade quitta l'hôpital, la guérison était parfaite.

Rétention des règles dans la trompe de Fallope gauche. — Hématocèle tubaire, simulant une tumeur ovarienne, par Lawson Fait. (*British medical Journal*, mai 1878, T. II, p. 677.)

Mlle M. Cétat, âgée de 38 ans, jusqu'alors bien portante, ressentit pour la première fois, au mois de novembre 1876, des douleurs dans le ventre; elle eut à ce moment de la fièvre, depuis lors les règles ont toujours été très-douloureuses.

Au mois de février 1877, on trouvait à l'examen une tumeur pyriforme mobile, uniloculaire, de la grosseur d'une tête d'enfant, paraissant fixée à la corne gauche de l'utérus. Le diagnostic fut : kyste de l'ovaire.

Au mois de mai, la tumeur avait tellement augmenté qu'on pouvait la sentir au-dessus de l'ombilic.

Le 20 juin 1877, la malade fut prise de symptômes graves de péritonite. — Pouls 130, température 38°,4 le matin, 39°,6 le soir; douleurs très-vives dans toute la région abdominale distendue par des gaz. — Prescription : opium.

Le matin du 21 juin, la malade étant un peu soulagée fut anesthésiée, et M. Lawson Fait pratiqua la gastrotomie.

Les parois abdominales sont très-vasculaires; le péritoine adhère intimement à la tumeur qui paraît présenter la couleur rouge musculaire de l'utérus. M. Lawson Fait passe alors l'index gauche aussi profondément que possible en avant de la tumeur, l'index droit étant dans le vagin ; puis, dans la crainte d'avoir affaire à une grossesse tubaire, il ouvre avec précaution le kyste sur la ligne médiane. Arrivé à la paroi interne, il introduit un trocart et retire environ *cinq litres* d'un liquide brun foncé, répandant l'odeur caractéristique du sang menstruel.

« Le kyste vidé, j'introduis le doigt, dit M. Lawson Fait, et, à mon grand étonnement, je le sens serré par la contraction de la poche. Je passe alors l'index de l'autre main dans le vagin et je reconnais d'une manière évidente que je viens d'ouvrir la trompe de Fallope gauche. Il n'y a pas de conduit aboutissant à l'utérus et je ne juge pas opportun d'en faire un; je lave la cavité avec une solution étendue d'acide carbolique, et je ferme la plaie à l'aide de trois points de suture. »

Un fragment de la tumeur examiné au microscope présente une grande quantité de fibres musculaires non striées. La malade fut soignée comme pour une ovariotomie ; la température s'abaissa lentement; la plaie suppura beaucoup et des débris de membrane muqueuse étaient mélangés au pus. Le

vingt et unième jour on put enlever le tube à drainage, mais la plaie ne se ferma qu'au commencement d'août.

Le 18 octobre 1877 la malade allait bien, sauf quelques douleurs utérines; mais elle n'a pas revu ses règles.

Quant à l'origine de cette tumeur, l'auteur croit pouvoir l'attribuer à l'obstruction des deux extrémités de la trompe par une *salpingite localisée.*

Hématocèle rétro-utérine. — Rétention d'urine datant de six semaines prise pour un kyste de l'ovaire. — Mort. — Autopsie.

S. D..., âgée de 33 ans, couturière, entrée le 14 décembre 1875, salle n° 12 (service de M. Tillaux. Observation recueillie par M. le Dr Schwartz).

Cette femme a eu un enfant à l'âge de 14 ans; l'année dernière elle a souffert de douleurs dans le ventre, mais elle a toujours été bien réglée. Elle ne s'est aperçue de l'augmentation de volume de son ventre que depuis un an.

Il y a six semaines elle a eu une rétention d'urine; depuis lors elle a de la dysurie, de la constipation opiniâtre; elle n'est pas amaigrie, mais elle est dans un état de profonde anémie, ses conjonctives sont décolorées, elle n'a pas d'appétit.

Le ventre est tuméfié, tendu, proéminent en avant. A la palpation on sent une tumeur sphérique tendue, très-nettement fluctuante, remontant jusqu'à l'épigastre.

A la percussion on trouve une matité qui ne se déplace pas, et il y a de la sonorité entre le foie et la tumeur. De plus, quand on frotte la paroi abdominale contre la tumeur, on trouve de la crépitation. — Dysurie, constipation, œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres. Au toucher vaginal, paroi postérieure du rectum repoussé en avant contre le pubis.

L'utérus est porté fortement en arrière et en haut.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire paraît avoir été porté par le médecin de la ville. — Je ne sonde pas la malade.

16 décembre. — M. Tillaux sonde la malade, et le prétendu kyste disparaît comme par enchantement. Sept litres d'urine sanglante, à peu près, sont retirés de la vessie. C'était une rétention d'urine par paralysie vésicale; la malade urinait par regorgement. On réserve le pronostic au point de vue des altérations possibles des uretères, des calices ou des reins par suite de la distension prolongée. Le soir, on retire à l'aide de la sonde quatre litres d'urine.

Le 17. — Le matin la vessie est de nouveau distendue. La sonde permet de retirer deux litres d'urine très-colorée, albumineuse, probablement un peu sanglante. Pas de sucre. Évidemment il y a polyurie. Sonde à demeure dans la vessie, on la vide toutes les deux heures.

Le 25.— Toujours de la fièvre le soir; explosion d'une érysipèle de la face.

Les urines sentent moins mauvais, mais elles sont encore albumineuses; on en retire environ trois litres par jour. — Lavage deux fois par jour avec de l'eau phéniquée.

Le 26. — La malade est prise de frissons et de claquements de dents qui ne peuvent être rapportés à l'érysipèle disparu. — Temp. 39°,8. — La face se décompose; agitation; vomissements.

Le 27. — L'état général empire toujours; encore deux frissons aujourd'hui; délire dans la journée; le soir, incontinence des matières fécales. Temp. 39°.

Le 28. — Mort à deux heures de l'après-midi.

Le 30. — *Autopsie.* A l'ouverture du ventre, on trouve la vessie couchée au-devant des autres viscères, attachée par l'ouraque à l'ombilic, et remontant jusqu'à son niveau. Elle est adhérente par sa face antérieure et supérieure, surtout à la paroi abdominale, adhérente en arrière aux intestins dont elle est difficilement détachée, adhérences sur les côtés et en arrière à l'utérus. Paroi de la poche mince friable, ramollie surtout au sommet. L'utérus est en antéversion et appliqué contre la vessie et la symphyse pubienne.

Il est refoulé par une tumeur molle fluctuante, qui remplit tout le cul-de-sac recto-utérin jusqu'en bas. A l'ouverture de cette tumeur, issue d'un liquide rouge mêlé de caillots pouvant être évalué à 800 gr.; elle est enkystée par une membrane lisse très-mince.

Le pouce introduit descend jusque près de l'anus. Elle se laisse facilement décoller du rectum qui est comprimé et refoulé.

La trompe droite plonge au milieu de la tumeur, elle est fortement dilatée; la trompe gauche est oblitérée près de son pavillon et distendue par du liquide.

Les uretères, surtout le droit, le rein droit, les bassinets et les calices sont dilatés. Le rein est volumineux, la capsule un peu adhérente. Lésions de la néphrite parenchymateux.

Hématocèle latéro-utérine.

A. L..., âgée de 21 ans, est entrée le 25 août 1875, salle Sainte-Jeanne, lit n° 20, service de M. Tillaux (Observation recueillie par M. le Dr Schwartz).

Cette femme, réglée à 16 ans, porte une tumeur dans le bas-ventre depuis six ans; mais ce n'est que depuis un an que cette tumeur a pris les proportions qu'elle présente aujourd'hui; la malade, depuis la même époque souffre beaucoup à chaque période menstruelle; les règles sont peu abondantes et ont une durée de quatre jours. — Elle ne paraît pas avoir eu de symptômes de péritonite.

Au toucher vaginal, on constate l'existence d'une tumeur qui a repoussé en bas le cul-de-sac latéral gauche, et fait saillie dans le vagin. Le col est refoulé à droite.

Par la palpation abdominale, on sent une tumeur qui naît du petit bassin

et se prolonge dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur est résistante, mais non fluctuante. Le cul-de-sac correspondant est violacé.

20 septembre. — Troubles hystériformes, attaques de nerfs, dyspnée, sensation de boule, céphalalgie.

1er octobre. — Douleurs continues, fièvre; les douleurs abdominales siégent surtout à gauche et s'irradient dans l'aine; règles en retard de quinze jours; sangsues sur le ventre, la tumeur a un peu diminué; M. Tillaux pense à une hématocèle latéro-utérine.

Le 11. — Les règles ne sont pas venues; hématémèses et hémoptysies supplémentaires.

Le 15. — Règles assez abondantes. Cependant les douleurs deviennent intolérables; la malade a vomi. La tumeur de la fosse iliaque gauche est dure et plus volumineuse. Celle du vagin est plus volumineuse aussi, battements artériels et peut-être fluctuation.

Le 29. — La tumeur est peut-être fluctuante. Les douleurs activent la fièvre, l'état général est mauvais. Une ponction exploratrice ne donne qu'un caillot de sang qui a bouché le trocart.

2 novembre. — La fluctuation s'accentue dans le vagin. Ouate sur le ventre et compression. Température rect., matin 40°, soir, 40°,4. Grand soulagement.

Le 11. — Nouvelle ponction. Issue de peu de liquide à odeur fécaloïde. T. matin, 40°,4. — T. soir, 40°,8.

Le 13. — Diarrhée très-abondante. Couleur des matières analogue à celle du liquide extrait par les ponctions. Les selles contiennent du sang. Depuis ce moment grande amélioration. Fièvre nulle, l'appétit revient un peu, quoique la température reste encore élevée. Température matin, 39°. Température soir, 40°,5.

Écoulement continuel de pus par le vagin, dont le point ponctionné s'est largement ulcéré, la tumeur abdominale est tout à fait affaissée et l'on perçoit à sa place par la percussion un bruit hydroaérique.

Lavages et injections fréquents. Toniques reconstituants. Alimentation.

Le 4 décembre. — Malgré tout, l'état de la malade s'aggrave de nouveau. Anorexie. État cachectique. Fièvre continue avec rémissions, l'abdomen redevient plus volumineux et douloureux au toucher. Les douleurs sont encore plus violentes.

Le 2 novembre. — On fait une nouvelle ponction avec un trocart plus gros. Issue de 200 grammes environ d'un liquide infect, couleur chocolat à l'eau. Malgré cela, la tumeur du ventre n'a pas diminué, celle du vagin a disparu.

Évidemment nous avons affaire à *une hématocèle* péri-utérine probablement cloisonnée. Température soir, 41°,6. Frisson violent de 2 heures.

Le 3. — Température matin, 41°. Soulagement au point de vue de la douleur.

Le 4. — En face de la température élevée, M. Tillaux ouvre largement

la poche vaginale. Il ne s'écoule qu'une faible quantité de liquide. On y introduit difficilement le bout d'une sonde, et l'on n'arrive pas en tout cas dans la poche abdominale.

Température matin, 38°. Température soir, 40°,2. Soulagement considérable le soir.

Le 5. — On essaye en vain de faire pénétrer une sonde. Nausées, vomissements, facies grippé.

Temp. matin, 39°. Temp. soir, 40°,6.

Le 6. — La tumeur abdominale est sonore ; malgré cela, ponction avec l'aspirateur Dieulafoy. Issue de 300 grammes de liquide analogue à celui retiré par le vagin, fétide surtout à gauche. Douleurs le long de la cuisse gauche en avant, un peu de contracture des adducteurs et de la jambe. Il semble que le nerf crural et l'obturateur soient pris dans les foyers ou irrités par voisinage.

Le 8 décembre. — Les phénomènes s'accentuent encore. Ponction abdominale à gauche. Issue de 250 grammes environ d'un pus jaune, épais et fétide.

Malgré l'issue du pus, l'état général continue à rester grave ; le traitement général et local ne semble pas avoir grande prise sur l'infection générale de l'économie.

Il est indiqué d'en venir à l'ouverture large du foyer abdominal.

Le 31. — L'état général continue à empirer.

Le 1er janvier 1876. — M. Tillaux ouvre la tumeur abdominale et reconnaît une hématocèle suppurée comme l'avaient déjà indiqué tous les autres signes. Malgré cela, la cachexie s'accentue et la malade meurt.

Pas d'autopsie.

Hématocèle péri-utérine. — Ponction capillaire avec aspiration. Guérison. (Communiquée par M. Laroyenne.)

Une femme de la campagne entre à l'hôpital de la Charité de Lyon au commencement du mois de février 1878. Elle a toutes les apparences d'une bonne santé, pourtant ses jugulaires sont très-dilatées et reposent sur un goître de volume moyen qui ne détermine pas de gêne sensible de la respiration. La malade se plaint d'une tumeur de l'abdomen qui siége dans la fosse iliaque droite, déborde la ligne médiane de plus d'un travers de main et remonte au-dessus de l'ombilic. Le soulèvement de la paroi abdominale est très-manifeste. Cette malade, âgée de 43 ans, est mère de quatre enfants. — Depuis 4 mois les règles sont irrégulières. — Vers la fin de l'année 1877 la malade a été prise subitement d'une vive douleur dans la région pelvi-abdominale avec vomissements et constipation opiniâtre, et elle s'est vue contrainte de s'aliter pendant quinze jours.

Par le palper abdominal, on constate la présence d'une collection liquide, séparée de la main par une épaisseur de tissu très-peu considérable ; le

toucher combiné avec la pression hypogastrique détermine une fluctuation très-manifeste. L'utérus a conservé sa position et sa direction normales, sa mobilité est légèrement diminuée, mais il n'existe aucune induration périphérique. Les règles, qui avaient disparu au commencement de décembre, ont reparu vers la fin de février sans être douloureuses. — Le diagnostic offre quelque incertitude ; on peut hésiter entre un kyste de l'ovaire qui aurait, à la fin de l'année dernière, déterminé des accidents inflammatoires et une hématocèle à contenu resté liquide. La ponction avec un trocart capillaire, suivie de l'aspiration avec l'appareil du professeur Potain, amena la sortie d'un litre et demi de liquide hématique couleur chocolat, ni filant ni grumeleux. Ce liquide contient d'abondantes hématies dégénérées et quelques cellules épithéliales semblables à celles du péritoine.

Le liquide ne s'est pas reproduit ; une fois évacué, on sent que la paroi postérieure est légèrement épaissie et la malade, avant sa sortie de l'hôpital et depuis son départ, n'a éprouvé aucune gène ni aucune douleur tenant à son ancienne affection. Ses règles ont reparu une fois, dix jours après l'opération, sans produire d'accident.

Hématocèle péri-utérine. — Accouchement remontant à 6 mois. — Ponction capillaire avec aspiration. — Guérison. (Communiquée par M. Laroyenne.)

L'année dernière, au mois de septembre, entre une femme de 35 ans accouchée depuis 6 mois pour la première fois sans qu'il y ait aucun accident à noter pendant ou après sa parturition.

Cette femme accuse des douleurs vives dans la région hypogastrique et iliaque droite. Des onctions d'onguent napolitain et des vésicatoires ont été employés à plusieurs reprises pendant les quinze jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital.

Par le palper on constate la présence d'une tumeur franchement liquide, occupant le bassin et remontant au niveau de l'ombilic. — Dépression sensible du cul-de-sac vaginal postérieur et latéral droit sans induration. — Fluctuation évidente par la pression iliaque réunie au toucher vaginal. — L'utérus est dans une situation normale, sa mobilité est diminuée. — Un peu de fièvre, surtout le soir. Malgré l'absence de douleurs vives, de vomissements, etc., nous pensâmes à une hématocèle à cause du volume de la tumeur, de sa saillie, de la douleur très-modérée qui résultait de la pression.

La ponction avec aspiration détermina l'évacuation d'un demi-litre de liquide couleur chocolat non épaissi. La malade promptement améliorée quitta la salle huit jours après l'opération, sans être complétement guérie. Quelque temps après, sans avoir pu l'examiner de nouveau, nous apprîmes que son état était tout à fait satisfaisant et que le liquide ne s'était pas reproduit. Son retour de couches n'avait pas encore paru.

Hématocèle intra-péritonéale. — Terminaison par suppuration. — Ouverture de l'abcès par la paroi abdominale antérieure à l'aide des caustiques. — Guérison. (Observation communiquée par M. le Dr Poinsot, de Bordeaux.)

Rose C..., âgée de 19 ans, femme de chambre, entrée le 4 juin 1872 à l'hôpital Saint-André, salle C A.

Mariée depuis huit jours, elle a vu ses règles apparaître cinq jours après. Cette circonstance n'empêche nullement les rapports conjugaux; une nuit les règles se supprimèrent et la malade fut prise vers le matin de douleurs extrêmement intenses dans le ventre. Elle eut des nausées, quelques vomissements bilieux; le ventre se tuméfia, la face devint grippée et le pouls fréquent et petit.

Au moment de l'entrée, ces accidents persistent avec une grande acuité. Les vomissements sont fréquents, la face est très-altérée; pouls à 110. Le toucher vaginal fait reconnaître un effacement des culs-de-sac utéro-vaginaux; la matrice semble enlacée dans une tumeur d'une consistance très-ferme.

Sous l'influence d'émissions sanguines locales, suivies de l'application de plusieurs vésicatoires, la tuméfaction abdominale se limite à l'hypogastre. En même temps une réaction fébrile assez vive s'établit, et on ne tarde pas à constater par le toucher vaginal un ramollissement notable de la tumeur péri-utérine. La paroi abdominale devient œdémateuse, empâtée, puis rougit et présente une certaine tension.

L'ouverture de la tumeur en ce point, à l'aide des caustiques, fut alors décidée, et une application de poudre de Vienne fut faite le 22 juin. Cette application dut être répétée plusieurs fois avant d'arriver dans l'intérieur de l'abcès. Celui-ci fournit un demi-litre d'un pus brun rougeâtre, auquel étaient mêlés des débris de caillots.

Des injections détersives à l'alcool furent faites dans la poche.

La suppuration continua jusque vers la fin de juillet. Dans cet intervalle l'état général de la malade s'était grandement amélioré, et déjà elle avait repris quelques forces et un peu de son embonpoint primitif.

Le 3 août, l'orifice de la paroi abdominale était entièrement fermé et la malade sortait guérie le 20 du même mois.

Hématocèle intra-péritonéale, d'origine cataméniale. — Terminaison par suppuration et ouverture spontanée dans le rectum. — Guérison. (Observation communiquée par M. Poinsot.)

Madame S..., âgée de 25 ans, mariée, d'une constitution sèche et robuste, eut vers l'âge de 20 ans et pendant trois ou quatre années, des hémoptysies abondantes au moment des époques menstruelles. La perte utérine était

cependant d'une abondance normale. Plus tard, sous l'influence d'un traitement tonique et de l'hydrothérapie, ces hémorrhagies supplémentaires disparurent, et la santé, quelque peu ébranlée, devint excellente.

Le 29 octobre 1874, madame S..., ayant ses règles, demeura assez longtemps au balcon de son appartement : elle était légèrement vêtue et éprouva, par suite du contact de la pierre avec la paroi abdominale une vive sensation de froid dans le ventre. Une heure après, elle constatait que l'écoulement menstruel, commencé seulement depuis la veille, avait pris fin. Elle éprouva dans la nuit quelques douleurs dans l'hypogastre, une pesanteur marquée et des besoins fréquents d'uriner. Cet état persistant le lendemain, je fus appelé pour donner un avis. Madame S... perdait encore un peu, n'accusait que de la gêne dans l'hypogastre, la pression en ce point était presque indolente. Je crus utile d'exciter le molimen menstruel, interrompu par le refroidissement, et je fis appliquer cinq sangsues à la partie interne de chaque cuisse, en même temps que des cataplasmes chauds sous la vulve. L'effet fut médiocre : l'écoulement sanguin augmenta légèrement, mais le malaise persista. J'engageai la malade à garder le repos absolu et à continuer les applications chaudes sur le point indiqué.

Dans la nuit du 1er novembre, madame S... fut prise brusquement d'une douleur extrêmement vive dans la région hypogastrique. Cette douleur, qui allait jusqu'à lui arracher des cris, s'irradiait en ceinture vers les lombes. La malade fut prise en même temps de nausées et eut à la suite quelques vomissements verdâtres. Le matin je la trouvai défaite, pâle, avec une expression de physionomie anxieuse, accusant des douleurs extrêmes dans le bas-ventre : la pression en ce point ne pouvait être supportée. Tout écoulement vaginal avait disparu. Le pouls était petit, à 100 ; la température était à peu près normale. J'ordonnai une application de vingt sangsues sur l'hypogastre.

Sous l'influence de cette émission sanguine, les phénomènes parurent s'amender : les douleurs diminuèrent, les vomissements perdirent de leur fréquence; je pus palper légèrement l'abdomen, que je trouvai tuméfié dans la région hypogastrique. Alors aussi je pratiquai le toucher, dont je m'étais, par prudence, abstenu dans les premiers instants : le col utérin était porté en avant, contre le pubis; le cul-de-sac postérieur, effacé, était occupé par une tumeur mal limitée, offrant une résistance assez marquée au doigt et faisait une saillie notable dans le rectum.

Le mode de début de l'affection, les signes physiques fournis par le toucher, me firent porter le diagnostic d'*hématocèle rétro-utérine*, et je me tins en mesure de conjurer les accidents graves auxquels il fallait s'attendre.

L'amélioration, en effet, ne se maintint pas plus de 24 heures : le ventre se tuméfia de nouveau, et devint horriblement douloureux; les vomissement sapparurent avec une fréquence extrême; la malade ne pouvait garder aucune boisson. Le pouls était filiforme, entre 110 et 120 ; la face grippée,

le nez pincé, les extrémités froides. Application d'un très-large vésicatoire sur l'hypogastre ; onctions sur le reste du ventre avec onguent napolitain belladoné. Je fis prendre à la malade un petit morceau de glace, pour apaiser la soif qui était intense ; extrait gommeux d'opium en pilules, 0,01 cent., à prendre toutes les deux heures.

Le 15 novembre, cet état persistant avec la même gravité, j'appelai en consultation mon confrère et ami le Dr Londe, qui, d'accord avec moi sur la nature du mal, fut d'avis d'insister sur les révulsifs. Un deuxième vésicatoire fut appliqué, mais cette fois sur toute l'étendue de l'abdomen. Aucune amélioration ne s'ensuivit : les vomissements, les douleurs persistèrent ; seulement la tuméfaction abdominale se limita plus nettement à l'hypogastre. Les accidents généraux se montrèrent avec la même intensité.

J'eus alors recours aux applications de glace sur l'abdomen. Ce moyen, d'abord mal accueilli par la malade, ne tarda pas à obtenir sa faveur, car elle accusa, grâce à lui, une diminution très-notable des douleurs abdominales. Cependant rien ne calmait les vomissements : la malade rendait absolument tout ce qu'elle prenait ; en vain je conseillai le champagne frappé, le lait ou bouillon glacé ingurgités en très-petite quantité, en ayant soin de prendre avant et après un petit morceau de glace ; en vain j'employai l'opium à l'intérieur et les injections sous-cutanées de morphine : rien ne parvenait à calmer l'irritabilité de l'estomac. L'état général était aussi mauvais que possible, et l'existence de la malade semblait irrévocablement compromise.

Les choses durèrent ainsi jusqu'au 25 novembre. Ce jour-là, les vomissements furent moins fréquents, et la malade put, à diverses reprises, conserver un peu de lait. Ce même jour, je dus faire suspendre la glace : au niveau du point d'application de la vessie, la paroi abdominale offrait une coloration rouge brunâtre ; la peau était comme chagrinée, et offrait cette induration spéciale que donne la congélation.

Le 28 novembre, la malade, qui avait recommencé d'éprouver des douleurs assez vives dans l'hypogastre, fut prise, vers cinq heures du soir, d'un frisson violent qui dura plus d'une heure. Ce frisson fut suivi d'une sorte d'état syncopal qui fit craindre, à l'entourage de la malade, qu'elle ne succombât tout à coup. Toute la nuit, la malade présenta une réaction fébrile assez vive.

Le 29 novembre, dans la matinée, je trouvai la malade assez tranquille ; en palpant l'abdomen, il était possible de délimiter assez exactement une tumeur formant la saillie d'un utérus gravide de trois mois. Le toucher vaginal me fit reconnaître que la tumeur occupant le cul-de-sac postérieur s'était ramollie : la muqueuse vaginale était notablement œdémateuse en ce point.

Dans la soirée, le frisson de la veille se reproduisit, mais moins violent. Il en fut de même le 30 et le 31, malgré l'administration de la quinine. Dans la nuit, la malade continuait d'avoir une fièvre assez marquée, qui diminuait vers le matin.

Le 4 décembre, la malade fut prise subitement d'un violent besoin d'aller à la selle; se mettant sur le vase, elle rendit une grande quantité de pus d'une couleur chocolat foncé, et répandant une odeur infecte.

Cet écoulement par le rectum se renouvela plusieurs fois les jours suivants, sans déterminer aucune diarrhée.

A partir de ce moment, l'état de la malade s'améliora sensiblement. Les vomissements cessèrent définitivement; la malade put prendre de la nourriture, et ses forces revinrent, quoique fort lentement. Il est vrai que son rétablissement fut entravé par la cicatrisation de la plaie qu'avait laissée la chute de l'escharre produite par la congélation.

Au mois de février, Mme S... était absolument guérie; mais, pendant huit mois environ, elle éprouva à plusieurs reprises des douleurs sourdes dans l'hypogastre, et chacune de ces crises se terminait par l'écoulement d'une certaine quantité de pus, au moment des selles.

Aujourd'hui, Mme S... jouit de la meilleure santé.

Hématocèle péri-utérine. (Observation inédite, recueillie par M. Goupil, terminée et communiquée par M. Brouhardel.)

Lecocq (Justine-Hélène), 20 ans, couturière, est entrée à la Pitié le 16 avril 1859 (service de M. Bernutz).

Née d'un père mort phthisique après huit ans de maladie (il y a quatre ans), elle a trois frères et sœurs jouissant d'une bonne santé. Sa mère est morte à 40 ans, sans que sa fille alors en désaccord avec elle n'ait rien su de sa maladie.

Assez maladive dans son enfance, rachitique, bien qu'elle ne garde aucune incurvation des tibias, mais assez pour que sa démarche, à ce qu'elle nous assure, en ait toujours été un peu altérée, elle n'a jamais eu dans son enfance d'autre maladie que des glandes autour du cou, dont l'une bien que non suppurée a été enlevée quand elle avait l'âge de douze ans, et a laissé une longue et profonde cicatrice droite et régulière sur le côté droit du cou.

Elle était maigre, sujette à des crampes d'estomac quand les règles ont apparu à 14 ans et demi, sans être précédées ni accompagnées d'aucune douleur ; parfaitement régulière dès le début, la menstruation fut toujours très-abondante, l'écoulement sanguin rarement accompagné de petits caillots et assez abondant pendant huit jours pour l'obliger à se garnir ; puis il devient très-peu considérable pendant quatre ou cinq jours, durant ainsi douze à treize jours chaque mois. Ces abondantes pertes de sang, qui n'ont été nullement modifiées par les rapports sexuels dont le premier remontait à 16 ans et demi, n'ont pas paru la fatiguer jusqu'à l'âge de 18 ans. Depuis ce temps, au contraire, chaque époque est suivie d'une assez grande faiblesse et d'une notable pâleur. C'est du reste à cet âge que se manifesta un notable changement dans sa santé. Elle perdit sa mère, et cette nouvelle, apprise brusquement, détermina une attaque de nerfs qui se renouvela tous les jours

pendant les dix ou douze premiers jours; ces attaques étaient ordinairement annoncées par une sensation de torsion assez douloureuse dans la région épigastrique, suivie presque aussitôt de palpitations et d'une perte complète de connaissance, avec cris et mouvements désordonnés, durant dans les premiers temps une heure et plus. Puis la malade revient à elle-même, n'ayant aucun souvenir de ce qui s'est passé, agitée par des pleurs et des sanglots et conservant à la suite un peu d'oppression épigastrique et une très-grande lassitude.

Depuis ce temps elle est restée sujette à des palpitations et à de rares attaques de nerfs; mais surtout à une sensation très-pénible de constriction épigastrique revenant à la moindre contrariété. Néanmoins depuis dix-huit mois, et sans doute à la suite d'un notable changement dans son existence, elle a pris un peu d'embonpoint.

Il y a huit mois elle a fait une maladie qu'elle désigne sous le nom d'inflammation de bas-ventre dont elle a souffert pendant deux mois de suite. Le premier mois elle est restée au lit, ayant de la fièvre, des maux de cœur et même quelques vomissements, ayant de vives souffrances dans le bas-ventre, juste sur la ligne médiane, et dans les reins, sans que ces douleur fussent plus prononcées à droite qu'à gauche, ni se prolongeassent dans les cuisses; elle a été soignée par des applications de cataplasmes sur le bas-ventre, des bains, des lavements, et quelques potions dont elle ignore la composition. Du reste elle ne pouvait se lever, étant réduite, quand cela lui arrivait, à marcher pliée en deux.

Néanmoins elle ne se ressentait plus de cette maladie, quand le 6 février les règles, à leur époque régulière d'ailleurs, vinrent avec plus d'abondance encore que d'habitude, et s'accompagnèrent, sans que cependant cela ait débuté par une douleur vive et subite, d'une douleur assez vive dans le bas-ventre, à la région médiane et surtout du côté droit, se prolongeant sur la jambe droite ; ces douleurs augmentèrent graduellement et l'obligèrent à prendre le lit le quatrième jour. Elle ne pouvait plus manger et avait quelques nausées; après seize jours de repos au lit et l'application continuelle de cataplasmes, les douleurs diminuèrent un peu, elle put se lever, marcher même; le ventre restait un peu gros, sensible et lourd pendant la marche; l'appétit ne revenait pas; cependant le sommeil était bon et les rapports sexuels n'étaient nullement douloureux.

Le 2 mars, les douleurs reparurent beaucoup plus vives dans le bas-ventre et surtout dans le côté droit, se prolongeant dans la cuisse du même côté, s'exagérant notablement lors de la miction et de la défécation; l'appétit avait complétement disparu, les nausées reparurent, et bientôt elle vomit tout ce qu'elle prenait; le 4 mars la perte reparut plus abondante que la dernière fois encore, et les douleurs croissant toujours la décidèrent à entrer le 12 mars à la Pitié où nous la trouvons le 15 dans l'état suivant :

C'est une femme de petite taille, à cheveux noirs, yeux bruns, au visage peu coloré, aux chairs fermes, et ayant un certain embonpoint. Sa figure

exprime une assez vive souffrance; les yeux cernés, les plis de la face assez tirés, donnent un peu le type du facies abdominal. Sa peau est peu chaude, le pouls petit, à 76 pulsations; la langue est plate, large, gardant l'impression des dents, recouverte d'un enduit jaunâtre; les lèvres et les gencives sont bien rosées, les conjonctives palpébrales ne sont point décolorées; d'ailleurs le long des vaisseaux du cou, ainsi qu'à la base du cœur, on n'entend qu'un souffle doux sans redoublement. L'auscultation de la poitrine pratiquée seulement en avant, le moindre mouvement renouvelant les vomissements, ne nous ont fait entendre aucun bruit anormal; le ventre est un peu gros, les parois abdominales chargées de graisse sont très-fermes. Le palper, très-douloureux dans la fosse iliaque droite et sur la ligne médiane, beaucoup moins au niveau de la fosse iliaque gauche, permet de limiter d'une manière assez confuse une tumeur située dans la fosse iliaque droite, qui s'abaisse fortement au niveau de la ligne médiane et beaucoup plus encore à gauche de cette ligne; du reste, une forte voussure de la paroi abdominale montre distinctement la tuméfaction de la moitié droite de l'hypogastre.

Le toucher assez douloureux fait constater que le col est petit, aplati contre le pubis, regardant un peu à droite et porté tout à fait en haut, de telle sorte qu'il est facile de suivre son bord gauche jusqu'au corps de l'utérus dont le segment inférieur paraît un peu élargi; mais on ne peut aller plus loin, le cul-de-sac gauche étant très-diminué, ferme, résistant et un peu douloureux; au contraire, les culs-de-sac droit et postérieurs sont notablement agrandis; là on sent une tumeur arrondie, assez ferme, globuleuse, entourant toute la partie droite et postérieure de l'utérus, présentant seulement à la partie latérale droite quelques parties d'une consistance beaucoup plus ferme.

Le toucher réveille des douleurs très-vives, insupportables pour la malade; le doigt est coloré par un sang assez pur sans odeur spéciale.

En dehors même du toucher, la malade ressent à peu près constamment dans le côté droit des douleurs comparables à une sorte de torsion dans le côté droit, s'exaspérant par moments et s'accompagnant alors d'élancements qui se propagent le long de la partie interne de la cuisse. Le moindre mouvement, la miction, la défécation, la toux exaspèrent ces douleurs, dont le siége est constamment dans le côté droit; mais de tous les phénomènes, les plus pénibles pour la malade sont des nausées et des maux de cœur, s'accompagnant par moments de crampes d'estomac d'une sensation de pyrosis et d'une soif d'autant plus intolérable qu'elle ne peut la satisfaire, sans être aussitôt prise de vomissement.

La veille la malade avait pris un bain, mais au bout de peu d'instants les douleurs ont augmenté, et sont devenues assez violentes pour causer des lipothymies. — Tisane de ratanhia; eau de seltz; potion tannin, 50 centigrammes; vin quina, 60 grammes; potion antiémétique de Rivière; vin de Bordeaux, 200 grammes; cataplasmes froids; 2 injections; eau et laudanum, 15 gouttes.

Malgré ce traitement et l'addition de pilules de 2 milligrammes de strychnine les accidents persistent, sans amélioration. Le 18 on renonce à la potion au tannin et à la potion antiémétique, pour la remplacer par 8 pilules d'extrait gommeux d'opium de 1 centigramme chacune.

Le 19. — Sous cette influence elle a été toute la journée calme, la tête lourde, sans autre idée qu'un besoin de repos, elle a pu uriner et aller à la selle avec beaucoup moins de douleurs, elle a pu sucer une côtelette et n'a pas eu de vomissements; par deux fois seulement dans la journée elle a ressenti des douleurs dans le côté droit, mais malgré ce soulagement très-notable pour elle, elle n'a pas eu de sommeil véritable.

Cette amélioration a continué sous l'influence du même traitement, les 20, 21 et 22.

Bien que le toucher ne donne aucune différence notable, l'écoulement de sang a diminué peu à peu et s'est complétement arrêté le 22.

Le 23, elle a pu dormir deux heures environ ; couchée sur le côté droit, elle a été réveillée par une crise de douleurs (elle n'avait pas encore pris ses pilules) très-vives dans le côté droit, qui a déterminé quelques vomissements et était accompagnée d'une sensation d'engourdissement, dans la cuisse droite, telle qu'elle ne pouvait remuer la jambe. Mais cette douleur a peu duré et depuis a été très-calme; la figure est meilleure, moins pâle; les yeux moins excavés, le ventre est beaucoup moins douloureux, bien qu'il ne puisse supporter aucune pression.

Le 25. — Elle a pris jusqu'à 0g, 20 d'extrait thébaïque, et sous l'influence de cette dose d'opium elle est restée endormie presque toute la journée. Le soir elle a vomi une seule fois, après avoir pris son vin de quinquina ; mais depuis elle a été parfaitement tranquille sans éprouver aucune douleur, si ce n'est quand elle a dû uriner ou aller à la selle ; le matin sa figure est meilleure, la langue est grise, humide, la soif moins vive et pour la première fois elle sent un peu d'appétit.

Eau de seltz; glace; pilules de 0g, 01 d'extrait thébaïque ; vin de Bordeaux, 200 grammes; cataplasmes et infusions laudanisées.

Même amélioration les 26, 27, 28; elle peut manger sa portion et n'a ressenti aucune douleur.

Le 27, on l'a enveloppée dans le drap mouillé pendant cinq minutes, elle n'a éprouvé d'oppression qu'au moment où elle a été enveloppée dans la couverture de laine, oppression qui a bientôt cessé dès que la moiteur est venue; du reste, même diminution des douleurs. Elle a même pu uriner sans ressentir aucune exacerbation, les mouvements seuls sont un peu pénibles.

Le 6 avril. — L'amélioration qui avait été notée persiste, la malade mange un peu et reprend des forces.

Les règles qui devaient se présenter le 6 ne sont pas venues, et il n'y a eu aucun phénomène qui annonçât leur arrivée, pas de douleurs de reins, pas de pesanteur dans les aines, pas de changement de caractère.

Le 12 avril. — La malade n'éprouve plus aucune douleur dans le ventre, ni dans les reins ni dans les cuisses. La pression seule, exercée avec une certaine force à droite, fait faire à la malade un mouvement qui accuse la souffrance.

Les règles n'ont pas paru.

La malade mange bien. Elle n'a eu des vomissements qu'une seule fois après s'être levée il y a une huitaine de jours. Mais elle n'a plus ces nausées et ces crampes d'estomac qui étaient si douloureuses.

Le toucher nous fait trouver le col à 4 centimètres de l'anneau vulvaire; il est long, régulier, conique, pas entr'ouvert. Il est porté un peu en avant. Les culs-de-sac mesurés avec soin nous donnent : cul-de-sac antérieur, 5 centimètres 25; — cul-de-sac postérieur, 4 centimètres 75; — cul-de-sac gauche, 4 centimètres 75; — cul-de-sac droit, 5 centimètres.

Le cul-de-sac gauche est donc encore le postérieur le moins profond. Mais on ne sent plus au toucher aucune tumeur appréciable, l'utérus est mobile, à peine douloureux au ballottement.

La malade nous demande à s'en aller. Nous le lui permettons en lui recommandant de ne se fatiguer d'aucune manière, et de revenir nous voir s'il y a quelque nouvel accident, et à l'époque de ses règles.

Hématocèle péri-utérine.

La nommée Fath (Anna), âgée de 37 ans, domestique, entre le 5 novembre 1877 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le professeur Le Fort.

Elle paraît avoir une bonne constitution et n'a jamais été malade.

Elle habite Paris depuis un an et demi.

Bien réglée depuis l'âge de 14 ans, elle n'est pas mariée.

Au printemps de l'année 1877, elle s'est trouvée indisposée, et elle a remarqué, ainsi que les personnes de son entourage, que son ventre grossissait; presque en même temps elle avait de fréquentes envies d'uriner et de la difficulté à la miction.

Enfin elle n'allait plus régulièrement à la garde-robe comme avant. La malade est restée dans cet état, toujours souffrante, mais sans cesser de travailler jusqu'au 2 novembre 1877. A cette époque, elle a été prise subitement de douleurs abdominales très-violentes, principalement localisées à l'hypogastre, et elle a dû garder le lit.

Son état ne s'améliorant pas, la malade entre à l'hôpital.

État actuel. — La malade a peu de fièvre, elle se plaint de douleurs abdominales très-vives et permanentes, elle a de la difficulté à uriner et de la constipation.

Le ventre présente une augmentation de volume, dans toute la région sous-ombilicale.

On ne trouve pas de tumeur dans les fosses iliaques. Sur la ligne médiane on sent une tumeur arrondie, n'étant pas lobulée, paraissant appartenir au

petit bassin, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; cette tumeur n'est pas réductible, et on ne trouve en aucun point de fluctuation.

Le palper est très-douloureux.

Au toucher, on sent une tumeur qui occupe toute la cavité du petit bassin, et domine considérablement la longueur du vagin.

Le col utérin se présente sous forme d'une petite saillie avec une pression au centre. Il est effacé presque en totalité et correspond à la face postérieure de la symphyse du pubis, où on peut difficilement l'atteindre.

La vessie est refoulée en partie sous la symphyse où elle forme un repli, et il est impossible d'en pratiquer le cathéthérisme.

Par le toucher rectal on retrouve également la même tumeur lisse, arrondie, qui comprime le rectum.

Par tous les points d'exploration, on sent la tumeur ferme, dure et ne jouissant d'aucune mobilité. La malade garde le repos; elle a de l'insomnie, causée surtout par les douleurs abdominales.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

10 novembre. — Même état de la malade, on constate un peu d'œdème sur le dos du pied droit.

Le 14. — Les règles apparaissent comme d'habitude, sans douleur.

Le 26. — Les règles ont disparu depuis quatre jours. La tumeur est toujours enclavée dans l'excavation, mais elle paraît avoir diminué légèrement de volume.

Le col utérin, qui était placé derrière le pubis, est devenu facilement accessible, en suivant la direction de l'urèthre.

A l'examen au spéculum, le vagin présente sa coloration normale.

16 décembre. — Les règles viennent naturellement : sang rouge, pas de douleurs.

Le 23. — La tumeur diminue. Le cul-de-sac postérieur peut être exploré et un doigt étant appliqué sur la tumeur, on sent une fausse fluctuation, en pressant d'autre part sur la paroi abdominale.

L'état de la malade est allé en s'améliorant, la diminution de volume de la tumeur se faisant insensiblement.

Le 1er mai, la malade peut quitter l'hôpital. L'examen fait à cette époque révèle les signes suivants :

La longueur du vagin est diminuée et on arrive sur une tumeur très-dure, très-volumineuse qui immobilise l'utérus et fait corps avec lui ; on a la sensation d'une masse unique et impossible à mouvoir. La tumeur fait saillie dans le rectum et détermine la constipation.

Par le palper abdominal la tumeur remonte un peu au-dessus du pubis.

Elle est réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans. Ses règles ne s'accompagnent pas de douleurs et durent de cinq à six jours. Pas de leucorrhee dans l'intervalle. Première grossesse et accouchement heureux à 23 ans.

Elle a allaité. — Retour de couches au bout de dix-sept mois. Bien portante jusqu'à 24 ans.

En août 1871 elle est prise, sans cause connue, d'une péritonite qui survient deux ou trois jours avant ses règles et la retient au lit pendant cinq semaines. Bains prolongés ; 15 sangsues sur le ventre. Depuis cette époque les règles sont irrégulières, toujours plus ou moins en retard, mais ne s'accompagnant d'aucune douleur. Constipation opiniâtre et envie d'uriner fréquente. Dernières règles en février 1873. Pas de rapport sexuel depuis le mercredi 26 mars. Le 1er avril 1873, mardi, elle est prise tout d'un coup de douleurs violentes dans le bas-ventre s'irradiant dans le haut des cuisses. Le médecin ordonne un purgatif, des bains et des cataplasmes. Les règles apparaissent trois jours après; vendredi 4 avril les douleurs diminuent, la malade se lève le samedi; elle est assez bien pour pouvoir aller à la campagne le lendemain où s'acheva sa convalescence.

Le dimanche 13 avril, au moment où les règles diminuent, la malade est prise de douleurs plus vives, de vomissements et de fièvre intense avec frisson. Cet état se prolonge jusqu'au jeudi 17 et elle se décide à entrer à l'hôpital.

A la visite on trouve la malade abattue; le pouls est à 110 et la température à 39°,3. Le ventre est chaud, très-douloureux à la pression. La langue est blanchâtre, vomissements bilieux. Douleur très-vive quand la malade va à la selle ou quand elle urine. Miction fréquente, 56 fois par nuit. Les grands mouvements respiratoires sont douloureux. 10 sangsues, calomel 50 cent., cataplasmes sur le ventre.

Le 18. — La douleur n'a pas diminué; — ventouses scarifiées et collodion sur le ventre.

Le 19. — Pouls 96, température 39°. Douleurs de ventre moindres permettant de pratiquer la palpation, qui découvre dans l'abdomen une tumeur arrondie, dure, sans fluctuation ; la pression est douloureuse surtout à gauche. La percussion donne de la matité depuis le pubis jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic et des deux côtés jusqu'à cinq travers de doigt, 10 centimètres de la ligne médiane. Son tympanique dans les fosses iliaques qui n'offrent aucun empâtement. Toucher vaginal : vagin chaud, col porté en avant et un peu au-dessus du pubis. Derrière le col, on sent une tumeur grosse comme une orange ayant la consistance du caoutchouc ; çà et là quelques points ramollis. — Bouillon, glace.

Le 21. — Les vomissements s'arrêtent sous l'influence de la glace, teinte jaune cire des téguments. La malade eut un léger saignement de nez ; elle nous dit que cela lui arrivait fréquemment.

Le 23. — Le mieux continue, température 38°,3.

Le 26. — Pas de selles depuis le 21, un verre d'eau de sedlitz et un lavement huileux.

Le 28. — Vomissements répétés, douleurs de ventre plus vives. Pouls

100, température 38°. Glace sur le ventre, collodion. Souffle continu dans les vaisseaux. — Facies anémique.

Le 29. — Pouls 100, température 39°. Douleur calmée. La malade a bien dormi cette nuit; un seul vomissement bilieux. Ce matin, en changeant son alèze, on la trouve pleine d'un sang noir; pas de caillot. La malade ne s'était pas aperçue qu'elle perdait.

Le 30. — Pouls 100, température 39°. La douleur a cessé, pas de vomissements, la malade perd beaucoup de sang par l'anus; caillots noirâtres. Le ventre a peu diminué.

Le 1er mai. — Pouls 88, température 38°,8. La malade a bien dormi; l'écoulement de sang par l'anus a cessé depuis hier soir; pas de selle depuis trois jours.

Le 2. — Pouls 84, température 38°,7. Une selle avec un peu de sang noirâtre. Pas de vomissements. Ventre souple, n'est plus douloureux à la pression; la tumeur a diminué de moitié.

3 mai. — A vomi la viande et le peu de vin qu'elle avait pris ; légère indigestion. Pouls, 92.

4 mai. — Pouls, 84; état général meilleur. Pas de selles depuis cinq jours. La tumeur ne remonte plus qu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et s'étend à trois travers de doigt latéralement. Il n'y a plus de douleurs ; c'est le moment où les règles doivent venir. Lavement huileux.

5 mai. — Pouls, 84. Selles depuis hier, avec quelques coliques ce matin ; elle a perdu un peu de sang par le rectum. Ne souffre pas.

6 mai. — Coliques dans le bas-ventre pendant toute la nuit. (Époque menstruelle.)

7 mai. — Après une purgation à l'eau de sedlitz et au lavement huileux, selle mêlée d'un peu de sang.

8 mai. — Coliques toujours. Tumeur descendue à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, se prolonge bien plus à gauche; le sang a disparu.

9 mai. — Pouls, 88. Température 36°,6; dans la nuit, colique violente suivie d'une selle abondante qui soulage beaucoup la malade, quatre ou cinq vomissements bilieux. Sentiment de froid. Pas de frisson net. La malade est très-abattue. Collodion, pilule 0g,01 extrait d'opium.

10 mai. — Plusieurs selles ont été suivies d'un soulagement très-marqué. Julep.

12 mai. — Douleurs dans le ventre moins vives. Glace et collodion. Pas de vomissements.

13 mai. — Température. 38°,5. Potion avec 10 centigrammes de tartrate ferrico-potassique.

15 mai. — Pas de douleur, mais vomissement à chaque cuillerée de la potion.

19 mai. — Coliques violentes dans le bas-ventre. Sang dans les garde-robes; gros caillots noirâtres.

25 mai. — Les selles noires ont cessé.

26 mai. — La tumeur n'est plus sensible que dans le flanc gaucche, coliques dans la journée après avoir mangé.

29 mai. — Coliques, douleurs surtout à gauche. Eau de Spa.

31 mai. — Coliques violentes ; c'est le moment où doivent venir les règles. Un verre d'eau de sedlitz chaque matin.

1er juin. — Les règles ont paru, sang rouge, coliques. Cataplasme.

2 juin. — Douleurs violentes dans le ventre, surtout à gauche, quand elle fait des efforts pour uriner. Vomissements. La tumeur augmente à gauche, se prolonge dans la fosse iliaque et remonte près de l'ombilic.

3 juin. — Les règles continuent. Douleurs, coliques et vomissements cessent après un lavement suivi de débâcle. La tumeur qu'on sentait la veille dans la fosse iliaque était formée par des matières fécales, elle a disparu avec le lavement.

5 juin. — Les règles ont cessé, la malade ne souffre plus, toujours constipée. Au toucher on sent le col éloigné du pubis ; en arrière, tumeur endurcie, surtout sensible à gauche.

7 juin. — La douleur détermine des vomissements. Lavement.

14 juin. — Constipation ; se lève et commence à marcher.

21 juin. — Elle sort guérie. Dans le cul-de-sac postérieur, tumeur dure, unie, se prolongeant un peu à gauche. Constipation fréquente. Utérus complétement immobile. Induration dans tous les culs-de-sac, surtout dans le cul-de-sac postérieur.

Douleurs à peu près disparues.

Hématocèle péri-utérine.

(Service de M. Gallard.)

Réglée à 16 ans ; avant la menstruation, phénomènes congestifs vers la tête, douleurs lombaires. On applique dix-huit sangsues à la vulve, les règles paraissent trois ou quatre jours après, sans colique ; elles durent huit jours. Le mois suivant, elles viennent à l'époque régulière, et depuis, sans aucun trouble ; elles durent huit jours, abondantes les trois ou quatre premiers, moins ensuite. Premier coït à 18 ans, grossesse immédiate ; fausse couche à trois mois et demi, à la suite d'une chute dans la rue, l'avortement a eu lieu quatre jours après. Traitée à la Pitié chez M. Valleix, en 1852, salle Saint-Marthe, perte abondante, retour des règles pendant huit ou quinze jours. Depuis, menstruation assez régulière, mais moins abondante (deux jours très-abondante, puis diminution graduelle). Flueurs blanches depuis un an ; depuis deux ans, vomissements bilieux, surtout le matin à jeun.

Elle a eu ses règles d'août à leur époque, du 18 au 22. Le 16 septembre, à la suite d'une colère violente, elle a été prise subitement de douleurs, d'abord à l'épigastre, puis dans le bas-ventre ; elle a dû se coucher immé-

diatement; il y avait huit jours qu'elle n'avait eu de rapports sexuels. Le premier symptôme qu'elle a éprouvé a été une grande douleur dans la région vésicale avec difficulté d'uriner. Pas de vomissements. Frissons. Le 17 on a appliqué des sangsues (12), des cataplasmes; un grand bain a été prescrit le lendemain. Ses règles sont survenues le 18 sans être plus abondantes que d'habitude. Pas de caillots. Le ventre était alors douloureux, tendu. Pas de douleurs lombaires. Elle resta chez elle sans autre traitement; mais les douleurs et la tension du ventre augmentant, avec constipation et envies fréquentes d'uriner, elle entre à l'hôpital le 28.

Ventre tendu, dur, douloureux; matité à la partie inférieure. Tuméfaction dans toute la moitié inférieure, pas de vomissements. Pouls fébrile. Peau un peu chaude. Face pâle. Mouvements difficiles. Pertes de sang surtout après avoir uriné.

Au toucher: tumeur volumineuse en arrière du col de l'utérus, semi-fluctuante; col appliqué derrière le pubis, difficile à atteindre; constipation. Cataplasmes laudanisés. Potion avec 0g,05 d'opium. Bouillon.

1er octobre. — Douleurs vives dans le bas-ventre augmentant à la pression surtout à droite.

Tumeur trilobée occupant tout l'hypogastre, mais plus saillante dans la fosse iliaque gauche que dans la droite; elle remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Douleurs lombaires vives, constipation, dysurie. Au toucher, tumeur occupant tout le petit bassin, plus saillante sur quelques points, mais sans fluctuation franche. 15 sangsues, injections émollientes opiacées. 1/4 lavement laudanisé. Limonade citrique. Julep avec 0g,05 d'opium, bouillon.

2 octobre. — 15 grammes d'huile de ricin procurent quatre garde-robes et soulagent la malade.

3 octobre. — Une portion.

4 octobre. — 10 sangsues.

5 octobre. — Glace, potion opiacée à la place du julep. Lavements huileux — bouillon — potage.

6 octobre. — Bordeaux, 200 grammes; 3/4 lavement laudanisé.

9 octobre. — Douleurs névralgiques. Deux vésicatoires morphinés.

13 octobre. — La malade va mieux, elle se lève; tumeur dure, un peu moins volumineuse. On peut enfin arriver sur le col. Le toucher rectal, combiné avec le toucher vaginal, permet de constater que la tumeur est située dans l'épaisseur de la cloison. Du côté de l'abdomen, elle remonte moins haut; il y a plus de souplesse et de sonorité. Dans la soirée, elle est prise de toux et de vomissements deux heures après le repas.

14 octobre. — Pouls 88, peau fraîche, un peu de sibilance dans la poitrine, pas de météorisme ni de changement du côté de l'abdomen. Julep morphiné, bain de pieds sinapisé.

15 octobre. — La malade va bien; peau fraîche; pouls 84; ne tousse plus, ne souffre plus, une portion.

Au toucher, le vagin est beaucoup plus libre. On arrive sur le col derrière le pubis, il est aplati, mais régulier ; orifice entr'ouvert ; tumeur en arrière faisant une saillie beaucoup moins considérable (le quart de ce qu'elle était). Il y a un peu d'écoulement dans le vagin. La matité du côté de l'abdomen est limitée à trois travers de doigt au-dessus du pubis, et de l'épine iliaque au tiers inférieur.

20 octobre. — Un peu de douleur dans l'abdomen, mais sans changement de forme ni d'aspect ; vésicatoire.

Le 24. — Vers 11 heures du matin, frissons, vomissements, tension du ventre. Quelques selles diarrhéiques dans la soirée, la malade prétend que l'une de ses selles contient du pus ; bien que l'époque menstruelle soit arrivée, il n'y a aucun écoulement sanguin.

Le 25. — Fièvre, peau chaude ; 108 pulsations. Ventre légèrement tendu, un peu douloureux ; la tumeur un peu plus douloureuse qu'au dernier examen, mais pas encore revenue partout à ses dimensions primitives. Vagin chaud, peu de douleur à la pression de la tumeur qui n'est pas fluctuante. 20 sangsues. — Côtelette, bouillon.

Le 26. — La malade va un peu mieux, peau moins chaude ; pouls moins résistant, encore à 108. Il y a eu hier neuf selles liquides, mais sans pus ni sang. Le ventre est moins tendu, à peine douloureux. La tumeur n'a pas augmenté de volume. — Huile de ricin, 30 grammes ; bouillon, julep diacodé.

Le 27. — Évacuation alvine abondante à la suite du purgatif, mieux dans la soirée, nuit bonne ; le matin, peau fraîche, 84 pulsations, face naturelle, ventre souple. Demande à manger, se trouve bien, se meut facilement dans son lit. — Une portion.

Le 28. — Un peu de sang, mais l'écoulement ne persiste pas au delà de quelques minutes.

1er novembre. — Écoulement menstruel qui, après s'être montré il y a trois jours et s'être interrompu depuis, vient de reprendre son cours naturel sans douleur.

Le 3. — La malade sort, malgré les conseils de M. Gallard. Le col, toujours aplati transversalement et refoulé vers le pubis, y est moins accollé que précédemment. En arrière et refoulant le rectum, on sent une tumeur du volume du poing et qui a une dureté ligneuse ; la pression n'y détermine pas de douleur ; l'hypogastre est souple et on n'y sent plus de tuméfaction.

OBSERVATIONS D'HÉMATOCÈLES

EXTRA-PÉRITONÉALES

Hématocèle péri-utérine extra-péritonéale suivie de mort. Autopsie par B. Ball.

Une femme âgée de 44 ans, non mariée, entre, le 18 janvier 1858, dans le service de M. le Dr Becquerel.

Cette femme est apportée à l'hôpital sur un brancard, dans un état comateux des plus prononcés.

J'apprends toutefois que, deux jours auparavant, cette femme, ayant éprouvé un refroidissement à l'époque de ses règles, avait été obligée de se mettre au lit. Les accidents s'étant promptement aggravés, on a jugé nécessaire de la transporter à l'hôpital le troisième jour de la maladie.

Elle offrait tous les symptômes d'un état des plus graves; la face était pâle, les traits contractés; une transpiration abondante lui coulait sur le front; les lèvres étaient blanches, les extrémités froides, les pupilles dilatées; la respiration était stertoreuse, et l'on voyait paraître un peu d'écume sanguinolente à la bouche; enfin il existait une insensibilité cutanée presque absolue.

Le pouls était filiforme, irrégulier, très-rapide, environ 140 pulsations par minute; le bruit de la respiration ne permettait pas d'ausculter le cœur.

L'application du marteau de Mayor était restée sans effet. La malade a succombé une heure plus tard.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il ne s'écoule aucun liquide; on ne constate aucun épanchement sanguin à l'intérieur de la cavité péritonéale; il n'existe point de pseudo-membranes et les anses intestinales ne sont point adhérentes entre elles.

Après avoir soulevé et détaché la masse des intestins grêles, on découvre une vaste accumulation sanguine qui proémine sur les côtés de l'utérus; cet organe, refoulé vers le pubis, a laissé son empreinte sur la masse coagulée; en le soulevant, on constate que l'épanchement s'est produit dans le tissu cellulaire péri-utérin, au-dessous du péritoine, entre l'utérus et le rectum. La masse coagulée descend jusqu'au voisinage de l'anus, en repoussant en avant et en haut la paroi postérieure du vagin; la tumeur remplit presque toute l'excavation du petit bassin, dont le tissu cellulaire est

détruit; les ligaments larges renferment également du sang coagulé. Le péritoine qui revêt la face postérieure de la matrice est décollé en partie par l'infiltration, qui remonte jusqu'à la partie moyenne du corps de l'utérus; on le voit passer au-dessus de la masse coagulée et se continuer avec le feuillet qui recouvre la face antérieure du rectum.

Les trompes utérines sont ensevelies dans la tumeur; elles renferment des caillots rouges et mous. Après avoir débarrassé leur cavité par le lavage, nous trouvons la *muqueuse rouge* tuméfiée, vascularisée; l'ovaire gauche, complétement infiltré de sang, se trouve converti en bouillie noirâtre, au sein de laquelle il est impossible de distinguer aucun vestige d'organisation. L'ovaire droit ne présente aucune altération appréciable.

La consistance de la masse épanchée est celle de la gelée de groseille; sa couleur est d'un rouge noirâtre. Aucune membrane d'enveloppe ne vient enkyster la tumeur, aucun liquide ne séjourne dans son intérieur.

L'utérus, bien que ses dimensions n'aient pas été exactement mesurées, présente un volume ordinaire. Point de caillots sanguins dans la cavité de l'organe; mais la muqueuse qui en revêt la surface est *parsemée d'arborisations vasculaires*. Le museau de tanche est épais, les lèvres sont fendillées en divers sens; l'*orifice utérin est entr'ouvert*.

Les autres viscères abdominaux sont sains.

Hématocèle péri-utérine extra-péritonéale.

Guérison. Service de M. Hérard (Hôtel-Dieu), par M. Lacoste, externe du service.

Hardy (Jeanne), âgée de 33 ans, couturière, d'un tempérament nerveux, est entrée le 5 mai à l'hôpital, et se trouve couchée au lit n° 26 de la salle Saint-Pierre. Un peu chétive dans son enfance, elle a été réglée seulement à l'âge de 17 ans. Mariée il y a 13 ans, elle n'a jamais eu d'enfant, mais ses époques menstruelles sont toujours venues avec une régularité parfaite. La santé générale n'a jamais laissé à désirer; elle n'a jamais fait la moindre maladie.

Au mois de janvier dernier, sans que la malade puisse bien préciser l'époque, mais sans doute immédiatement après les règles, elle fit une chute; son ventre porta sur le barreau d'une chaise, et il s'ensuivit une légère douleur à la région hypogastrique. Cette douleur se calma bientôt à l'hypogastre; mais elle se porta sur les reins, où elle persista avec peu d'intensité, cependant durant tout le mois, jusqu'à l'époque suivante. La malade a de la tendance à attribuer à cette cause les accidents qui suivirent.

Au mois de février, deux jours avant l'apparition des règles qui arrivent ordinairement le 13, elle fut prise subitement et sans cause connue, d'une gêne considérable pour uriner, sans autre phénomène qu'un peu de lour-

deur périnéale. Cette difficulté de la miction se dissipa au bout de vingt-quatre heures, et un jour après les règles apparurent avec tous leurs caractères normaux. La malade n'éprouva plus jusqu'à l'époque suivante les moindres désordres, ni pesanteur, ni douleur du côté des organes du petit bassin.

Les mêmes phénomènes se reproduisirent au mois de mars, dans les mêmes circonstances; même difficulté d'uriner avant l'apparition des règles, même disparition subite et complète des accidents.

Le 4 avril, et sans que la malade puisse invoquer une cause quelconque, elle fut prise d'une douleur assez vive à la région épigastrique, coïncidant avec un autre point douloureux dans les reins; elle éprouva en même temps un malaise général assez grand, sans qu'elle fût, pour cela, obligée de s'aliter. Ces symptômes diminuèrent graduellement et allaient disparaître quand tout à coup, le 8 avril au matin, elle fut prise d'une nouvelle difficulté d'uriner, mais, cette fois, avec des douleurs très-vives à la région hypogastrique. Ces douleurs étaient profondes, lancinantes, s'exaspérant surtout quand la malade essayait d'uriner. Elles persistèrent toute la journée avec la même intensité; mais la malade ne s'aperçut que le soir, à neuf heures, en se couchant, que son ventre était plus gros et plus dur que de coutume. Encore fit-elle peu d'attention à ces signes, absorbée qu'elle était par l'intensité de la douleur. Cependant le lendemain, quand vint le médecin, il fut tout d'abord surpris du volume énorme de l'abdomen, au point qu'il le compara à celui d'une femme enceinte de sept mois. La malade affirme, du reste, qu'il était en ce moment encore plus gros qu'au moment où elle est entrée à l'hôpital.

Au moment de l'apparition de ces accidents, la malade n'a eu ni syncope ni la moindre faiblesse; ni elle ni ses voisins ne se sont aperçus de la moindre décoloration de la peau. Elle avait seulement une soif très-vive et une anorexie presque complète. Elle n'a eu ni frisson ni mouvement fébrile, et, sous ce rapport, ses affirmations sont très-catégoriques.

Dès le premier jour, elle a une constipation opiniâtre, avec une sensation très-manifeste de tumeur et d'obstacle au niveau du rectum, surtout quand elle essayait d'aller à la garde-robe. Les purgatifs et les lavements seuls provoquaient quelques selles. Deux jours après le début des accidents, c'est-à-dire le 10 avril, les règles sont revenues, en avance de trois jours; elles ont aussi duré plus longtemps que de coutume, sept jours environ. Cependant elles n'ont apporté, au dire de la malade, aucune modification, soit dans le volume, soit dans la consistance de la tumeur. C'est seulement au moment de la disparition des règles, vers le 17 avril, que se sont manifestés quelques vomissements. Ces vomissements survenaient surtout après l'ingestion des aliments et ont duré quatre à cinq jours. D'ailleurs, pas plus en ce moment qu'au début, la malade n'a éprouvé de symptômes fébriles.

En résumé le 8 avril, apparition subite, avant les règles, d'une tumeur abdominale considérable, avec douleurs extrêmement vives; gêne dans la

miction de l'urine et constipation opiniâtre. Le 10, apparition des règles, sans changements dans les symptômes. Le 20, vomissements alimentaires.

Depuis le début de l'affection jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital, le ventre n'a pas notablement changé de volume; c'est à peine si, au dire de la malade, il est devenu un peu moins dur, moins tendu. Quant aux douleurs hypogastriques, elles ont diminué graduellement d'intensité et ont paru se concentrer du côté gauche, qui, suivant la malade, aurait été aussi plus tuméfié que le reste de l'abdomen. Toujours est-il que les douleurs avaient complétement cessé le jour qu'elle est entrée à l'hôpital. La constipation a persisté avec la même intensité. La rétention d'urine n'a pas duré plus de vingt-quatre heures, mais, à partir de ce moment, il y a toujours eu envie très-fréquente d'uriner, avec quelques douleurs, parfois assez vives, au moment de la miction.

Comme traitement, la malade a pris des purgatifs à sept ou huit reprises ; on lui a ordonné, en outre, des frictions d'onguent mercuriel, plus trois vésicatoires à la région de l'hypogastre. Le 30 avril, à travers la tumeur vaginale, on a fait une ponction avec un trocart : il s'est écoulé à peu près la valeur de deux verres de sang pur, puis le jet s'est interrompu brusquement. Le même jour, on a appliqué sept sangsues du côté gauche, au point où se trouvaient la douleur la plus vive et la tuméfaction la plus considérable. A part la disposition des douleurs, ces divers traitements ne paraissent pas avoir eu de résultats.

Le 6 mai, lendemain de son entrée, la figure de la malade n'exprime pas le moindre abattement; elle est vive, animée, sans rougeur, mais aussi sans pâleur; les conjonctives ne sont pas décolorées. Elle n'éprouve pas de faiblesse générale, si ce n'est parfois un peu de douleur des reins imputable aux règles qui apparaissaient ce jour-là. La peau des autres parties du corps est parfaitement normale; elle n'est ni pâle ni mate. Rien du côté des organes des sens : pas de vertiges, pas de bourdonnements d'oreilles, pas d'épistaxis, phénomènes si fréquents dans l'anémie. Le pouls est régulier, égal, modéré, de force moyenne. Pas de fièvre. Le cœur bat normalement : on n'entend de bruit de souffle ni à la base, ni aux vaisseaux du cou. Rien du côté des organes respiratoires.

Les gencives sont très-congestionnées et légèrement saignantes. La bouche est le siége d'une stomatite véritable, due évidemment aux applications répétées d'onguent mercuriel qui ont été faites sur le ventre; elle a cédé d'ailleurs, au bout de quelques jours, au chlorate de potasse employé en lotions et à l'intérieur. La langue est blanche, saburrale; l'appétit presque nul, la soif très-vive. La malade a encore vomi la veille, quoique ses vomissements soient arrêtés depuis quelques jours. La constipation a beaucoup diminué, quoiqu'il y ait toujours un sentiment d'obstacle et de pesanteur au fondement, quand elle veut aller à la garde-robe. Il n'y a plus de douleurs hypogastriques. La miction de l'urine se fait sans grande difficulté, mais ces mictions sont excessivement fréquentes. L'abdomen est complétement tuméfié,

et peut être comparé pour le volume à celui d'une femme enceinte de huit mois. Mais ce développement n'est pas général comme dans l'ascite ; il semble au contraire projeté en avant, tandis que les parties latérales sont déprimées. A la simple vue, on constate que la tumeur a une forme ovoïde, et s'élève sur la ligne médiane à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; la peau est tendue. A la palpation qui est un peu douloureuse, on sent parfaitement sur la ligne médiane une tumeur s'élevant, depuis la face postérieure du pubis jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic; elle a la forme d'un ovoïde à grand diamètre vertical, dont l'une des extrémités plus allongée se continuerait vers les organes du petit bassin. Cette tumeur est unique, parfaitement délimitée dans son contour; il est impossible de sentir l'utérus, soit au-dessous, soit sur le côté. La peau semble avoir une certaine difficulté à se mouvoir sur elle, quoiqu'on puisse cependant lui imprimer des mouvements de latéralité. Ces derniers permettent de constater que la tumeur n'est pas parfaitement lisse, mais présente, au contraire, quelques inégalités mal accentuées. Une pression plus énergique donne aux doigts une sensation particulière, qui pourrait être comparée à celle que donne du suif durci. Si l'on porte les mains sur le côté de la tumeur et que l'on comprime fortement les parties latérales de l'abdomen, on sent manifestement que ces parties sont libres; de sorte que la tumeur semble être appliquée contre la paroi abdominale antérieure.

La percussion donne une matité absolue au niveau de la partie proéminente de l'abdomen. Les anses intestinales, refoulées sur les parties latérales, donnent au contraire une sonorité très-marquée.

Quand on introduit le doigt dans le vagin, on sent qu'il est arrêté, à 3 centimètres environ de la vulve, par un obstacle qui n'est autre que la paroi postérieure du vagin projetée en avant, en même temps que le cul-de-sac postérieur. La muqueuse donne au doigt une sensation de chaleur assez vive ; elle est de plus très-sensible. Au niveau du cul-de-sac postérieur, effacé et proéminent, on sent une tumeur mollasse, fluctuante, mais d'une mollesse inégale en certains points. Si l'on glisse le long de la paroi antérieure du vagin, on sent que le col de l'utérus est relevé et appliqué contre la face postérieure du pubis. Il est impossible d'imprimer à l'utérus les moindres mouvements, car il est complétement enclavé par la tumeur. Le toucher rectal (pratiqué seulement le 21 juin) a permis de constater une dépression considérable de la paroi antérieure du rectum jusqu'à la pointe du coccyx, par une tumeur présentant les mêmes caractères que la tumeur vaginale.

On a diagnostiqué une hématocèle péri-utérine, la cause reste inconnue, bien que la malade soit portée à attribuer son affection à la chute qu'elle fit au mois de janvier.

Depuis son entrée à l'hôpital, la malade a éprouvé, sous l'influence des poques menstruelles, une série de rémissions et de recrudescences.

Le 6 avril, le lendemain du jour de l'entrée, les règles apparaissent et se

passent de la façon la plus normale, sans produire les moindres modifications, soit du côté de la tumeur, soit du côté des symptômes fonctionnels. Quelques jours après, les douleurs se réveillent sous forme de picotements dans le bas-ventre, et durent une huitaine de jours environ, sans fièvre ni vomissements. La dysurie et la constipation n'ont pas subi de changements; elles sont toujours modérées; mais le ventre perd insensiblement sa dureté et sa résistance, pour devenir souple, plus dépressible, surtout après les bains. De plus, la tumeur diminue de volume, surtout dans le sens vertical, où elle ne s'élève plus qu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Quant aux dimensions transversales (mesurées par une courbe allant d'une épine iliaque à l'autre, en passant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic), il y a eu des oscillations très-irrégulières entre 29 et 32 cent. L'appétit est revenu et l'anorexie fait même place à un appétit exagéré, qui s'est maintenu tout le temps; la soif est moins vive. Cette amélioration graduelle s'est prolongée jusqu'au 12 juin, époque ordinaire des règles. Celles-ci ne sont pas venues, et dès ce moment tous les symptômes se sont aggravés. La tumeur a rapidement augmenté de volume, et remonte, le 18 juin, jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle est redevenue très-dure, très-résistante; la constipation a beaucoup augmenté et la malade ne va plus à la garde-robe qu'avec des lavements. La miction des urines est difficile, très-douloureuse et surtout très-fréquente.

Le toucher vaginal, pratiqué ce jour-là, permet de constater que la tumeur vaginale a notablement augmenté de volume et surtout de consistance.

Plus de fluctuation, mais, au contraire, une dureté assez grande avec de l'empâtement. L'enclavement du col, derrière le pubis, s'accentue de plus en plus.

Deux jours après, 20 juin, douleurs lancinantes extrêmement vives à la région hypogastrique; ces douleurs se sont calmées insensiblement, et le 21 elles ont complétement cessé. Dès ce jour, les signes de constipation et de rétention d'urine se sont amendés d'une façon très-notable. Le 23, enfin, les règles sont apparues. Dès lors la tumeur hypogastrique diminue de volume avec une excessive rapidité, en même temps qu'elle augmente de souplesse. Au bout de cinq à six jours, l'abdomen est affaissé, excepté au-dessus du pubis, où l'on voit encore une tuméfaction notable, mal limitée, remontant à quatre travers de doigt environ au-dessus du détroit supérieur (la malade vient d'uriner). Cette tumeur est parfaitement circonscrite, la partie médiane présente une forme ovoïde, avec les autres caractères de la tumeur primitive; cependant elle ne paraît plus aussi adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen. Quand on la comprime, la malade en ressent les effets du côté du fondement. Matité sur la partie médiane, sonorité sur les parties latérales. Plus de constipation; la malade n'urine plus que trois ou quatre fois par jour, sans la moindre difficulté.

Cet état d'amélioration se maintient quatre jours, au bout desquels la

tumeur s'accroît encore insensiblement. Le 15 juillet, elle a atteint son point culminant et remonte presque au niveau de l'ombilic. Les signes de constipation, de dysurie reparaissent. A partir du 15 juillet, la tumeur reste stationnaire augmentant seulement de consistance; en même temps, se manifestent des douleurs hypogastriques, douleurs peu intenses si on les compare à celles qui avaient précédé l'époque antérieure.

Les règles arrivent le 20 juillet, en retard de sept jours sur les époques ordinaires, mais en avance de trois jours sur l'époque précédente. Immédiatement après les règles, la tumeur diminue de volume et cette diminution se fait progressivement, mais avec une certaine rapidité, au point que, le 24 juillet, elle reste limitée à la partie inférieure de l'abdomen. Comme la première fois, elle dépasse à peine de quatre travers de doigt le pubis, et fait à peine saillie du côté des parois abdominales. Les troubles fonctionnels du côté du rectum et de la vessie sont presque insignifiants.

Du reste, tous ces phénomènes se sont accomplis sans qu'il se soit jamais manifesté le moindre mouvement fébrile. Jamais la malade n'a eu de frissons. Les fonctions digestives se sont toujours maintenues en bon état, et la santé générale n'a rien laissé à désirer.

Comme traitement, on s'est borné à l'expectation, c'est-à-dire à laisser le sang épanché se résorber de lui-même. On a seulement combattu les accidents par des moyens appropriés; pour venir à bout de la constipation, on a administré pendant longtemps des lavements et de la rhubarbe; des applications de collodion ont souvent calmé les douleurs hypogastriques; des bains de siége répétés tous les deux jours paraissent aussi avoir ramolli la tumeur et fait diminuer le volume. On a enfin essayé une compression graduelle avec un bandage de corps garni d'ouate.

OBSERVATIONS D'HÉMATOCÈLES PÉRI-UTÉRINES

1° FAITS INÉDITS

SOURCE des OBSERVATIONS.	AGES.	PROFESSIONS.	ÉPOQUE de la MENSTRUATION.	ÉTAT de la menstruation avant, pendant, après la maladie.	CAUSE présumée de l'hématocèle.	PHÉNOMÈNES particuliers.	TERMINAISON de la MALADIE.	ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	TRAITEMENT.
	Ans.		Ans.						
1. M. Brouhardel.	»	Blanchisseuse.	»	Aménorrhée alternant avec des métrorrhagies.	Refroidissement.	»	Amélioration notable deux mois après le début des accidents.	»	Trait. méd.
				Troubles menstruels antérieurement.			Guérison après trois mois.		Id.
2. M. Laroyenne.	20	Demoiselle de compagnie.	11	Règles durant neuf jours. Début des accidents, huit jours avant les règles.	»	»	Guérison.	»	Trait. méd.
3. Id.	»	»	»	»	Froid humide.	»	Mort subite.	»	Ponction capillaire par le rectum.
4. Id.	»	»	»	Menstruation régulière.	»	»	Guérison.	»	Trait. méd.
5. Recueillie par M. Brouardel dans le service de M. Bernutz.	20	Couturière.	14 1/2	Troubles menstruels. Pelvi-péritonite il y a huit mois. Début des accidents au moment des règles.	»	»	Guérison.	»	Id.
6. M. Brouhardel.	23	»	»	Couche il y a un an. Travail prématuré. Début des accidents pendant les règles.	»	»	Amélioration.	»	Id.

				reuse.					
8. Communiquée par M. Schwartz (service de M. Tillaux.)	33	Couturière.	»	»	»	»	Mort, un an après le début des accidents.	Hématocèle rétro-utérine. Caillots pouvant être évalués à 800 gr.	Id.
9. Id.	21	»	16	»	»	Douleurs continues intolérables s'irradiant dans l'aine.	Mort.	D'abord issue de sang à odeur fécaloïde, puis issue de pus.	4 ponctions par le vagin.
10. Prof. Lefort. A. Foth.	37	Domestique.	14	»	»	Douleurs abdominales très-vives.	Guérison. Cinquante jours après le début des accidents.	»	Trait. méd.
11. M. A.Guérin.	18	Couturière.	»	Début des accidents pendant les règles.	»	Rapports sexuels pendant la période menstruelle.	Quitte l'hôpital au bout d'un mois, toujours un peu d'empâtement.	»	Id.
12. M. Tillaux.	30	Cuisinière.	»	»	Chute.	»	Guérison au bout de quinze jours.	»	Id.
13. Prof. Ollier.	34	»	»	Fausse couche il y a douze ans. Troubles menstruels depuis les règles.	Cahotement d'une voiture.	Douleurs atroces pendant des mois, forme névralgique.	»	Ouverture spontanée dans le vagin.	Id.
14. M. Gallard.	33	Lingère.	16	Fausse couche il y a treize ans. Diminution de l'écoulement menstruel depuis. Début deux jours avant l'époque menstruelle.	Violent accès de colère.	Douleurs vives dans l'abdomen et les lombes.	Dureté ligneuse du volume du poing. Sortie dans un état satisfais. quarante-cinq jours après.	Ouverture spontanée dans le rectum.	Id.

SOURCE des OBSERVATIONS.	AGES.	PROFESSIONS.	ÉPOQUE de la MENSTRUATION.	ETAT de la menstruation avant, pendant, après la maladie.	CAUSE présumée de l'hématocèle.	PHÉNOMÈNES particuliers.	TERMINAISON de la MALADIE.	ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	TRAITEMENT.
15. M. Gallard.	17	Fille publique.	13	Menstruat. irrégul. Début pendant les règles.	Refroidissement.	»	»	»	»
16. M. Gallard.	26	Mécanicienne.	16	Troubles menstruels depuis deux ans. Pas de règles depuis trois mois.	»	Douleurs violentes.	Quitte l'hôpital au bout de deux mois. Induration de tous les culs-de-sac.	Ouverture spontanée dans le rectum.	Trait. méd.
17. M. D. Mollière.	40	»	18	Menstruation irrégulière.	Hémophilie. Effort.	»	Quitte l'hôpital dix-huit jours après l'entrée.	»	Id.
18. Id.	26	»	»	Id.	»	»	»	»	Id.
19. M. Dubief, interne des hôpitaux.	28	Domestique.	»	Couches antérieurement. Début pendant la menstruation.	»	»	Quitte l'hôpital après cinq semaines.	»	Ponction (trocart) quelques gram. de pus. Ponction capillaire issue de 250 gr de sang.
20. M. D. Mollière.	25	Cuisinière.	»	»	»	»	Guérison complète au vingt-cinquième jour.	»	
21. M. Dudon, de Bordeaux.	29	»	»	Début des accidents pendant la menstruation.	Ablution froide pendant les règles.	»	Guérison après six semaines.	»	Trait. méd.
22. M. Alph. Gué-	38	Couturière.	12	Douleurs abdom. prolongées plusieurs mois après couches remontant à vingt ans.	Refroidissement lié à un lessivage.	»	Guérison après six semaines.	»	Id.

						»	dents.	»	par le vagin.
24. M. Delore.	25	»	»	Fille vierge. Aménorrhée alternant avec métrorrhag. Début pendant la période menstruelle.	»	Douleurs violentes.	»	»	En traitement.
25. M. D. Mollière S. Liola.	31	Tisseuse.		»	»	»	Mort un mois après le début des accidents.	Tumeur hématique rétro-utérine du volume d'un gros œuf.	»
26. M. Delore.	25	»	12	Troubles menstruels.	»	»	Guérison au bout de deux mois. Induration persist. dans le cul-de-sac post.	»	Trait. méd.
27. M. Delore.	25	Teinturière.	17	Id. Dysménorrhée.	»	»	Guérison au bout d'un mois. Induration persistante.	»	Id.
28. M. Dron, de Lyon.	30	»	»	Troubles menstruels. Début des accidents pendant la menstruation.	»	»	Mort deux mois et demi après le début.	Ouverture spontanée dans le rectum. Issue d'une grande quantité de pus.	»
29. M. Poinsot, de Bordeaux.	19	Domestique.	»	»	Coït pendant les règles.	»	Guérison deux mois après.	»	Ouverture de l'abcès à l'aide de caustiques par la paroi abdominale antérieure.
31. Id.	25	»	»	Début pendant la menstruation.	Refroidissement.	»	»	Ouverture spontanée par le rectum. Issue de pus à plusieurs reprises.	»

SOURCE des OBSERVATIONS.	AGES	PROFESSIONS.	ÉPOQUE de la MENSTRUATION.	ÉTAT de la menstruation avant, pendant, après la maladie.	CAUSE présumée de l'hématocèle.	PHÉNOMÈNES particuliers.	TERMINAISON de la MALADIE.	ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	TRAITEMENT.
32. M. Tillaux.	21	»	16	Dysménorrhée.	»	»	Mort plusieurs mois après le début de la maladie.	Issue de pus par le vagin et le rectum.	Deux ponctions par le vagin. Une ponction par la paroi abdominale.
33. M. Tillaux.	33	Couturière.	»	Douleurs abdominales persistantes, il y a un an.	»	»	Mort un mois et demi après le début.	800 gr. de sang environ dans le cul-de-sac de Douglas.	»
34. M. Marchant (Serv. M. Brouhardel).	28	Couturière.	»	Deux fausses couches en 1877. Douleurs lombaires consécutives. Règles quinze jours avant le début.	»		Guérison après un mois.	»	Trait. méd.
35. Id.	32	»	»	Deux fausses couches, il y a deux et trois ans.	»	D'abord douleurs violentes continues, ensuite douleurs par crises.	Grande amélioration après un mois; sort de l'hôpital.	»	Id.
36.	28	Repasseuse.	»	Fausse couche il y a un an. Début pendant la période menstruelle.	»	»	Guérison trois semaines après.	»	Traitement médical.
37. M. Chevallereau (serv. de M. Dumontpallier.)	35	Journalière.	»	Dysménorrhée. Après une couche, phénomènes de pelvi-péritonite. Début pendant une menstruation retar-	»	»	Quitte l'hôpital très-améliorée.	»	Id.

38. M. Chevallereau (serv. de M. Polaillon).	30	»	17	Amenorrhée depuis trois mois quand survint une perte de sang abondante qui marqua le début des accidents.	»	»	S'est améliorée un mois et demi après l'entrée.	»	Trait. méd.
39. M. le Prof. Livon.	28	Repasseuse.	»	Fausse couche, il y a un an. Troubles menstr. depuis.	»	»	Amélioration notable au bout de quinze jours. Persistance d'un noyau induré.	»	Id.
40. M. Hanot.	39	Couturière.	10 1/2	Péritonite à dix-sept ans. Arrêt des règles il y a quatre mois. Début en dehors de la période menstruelle.	Pas de cause apparente.	»	Séjour de trois mois et demi à l'hôpital. Persistance d'un noyau dur absolument indolore.	»	Id.
41. M. Laroyenne.	43	Journalière.	»	»	»	»	Guérison.	»	Ponction capillaire par la paroi abdominale, issue d'un litre et demi de liquide hématique.
42. M. L. Jullien.	26	Prostituée.	»	Plusieurs fausses couches. Syphilis. Le 29 mai, fausse couche à deux mois. Le 10 juin, douleurs.	»	10 juin, douleur aiguë dans le bas-ventre. Tum. péri-utérine avec battements.	Amélioration considérable après un mois et demi. La guérison se complète rapidement.	»	Trait. méd.

SOURCE des OBSERVATIONS.	AGES.	PROFESSIONS.	ÉPOQUE de la MENSTRUATION.	ÉTAT de la menstruation avant, pendant, après la maladie.	CAUSE présumée de l'hématocèle.	PHÉNOMÈNES particuliers.	TERMINAISON de la MALADIE.	ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	TRAITEMENT.
43.	»	»	»	Fausse couche antérieurement. Deux mois d'aménorrhée, puis début pendant les règles.	Excès de coït. Masturbation.	Début par douleurs vives survenues brusquement au théâtre.	»	»	En traitement.
44. M. Laroyenne.	35	»	»	»	»	Douleurs vives dans régions iliaque et hypogastrique.	Guérison.	»	Ponction capillaire par le vagin ; issue d'undemi-litre de liquide hématique couleur chocolat.
45. M. Laroyenne	13	»	Non réglée.	»	»	»	Mort par péritonite.	»	Trait. méd.
46. M. Meyer, assistant du prof. Recklinghausen.	18	Couturière.	»	Début pendant les règles.	Rapports sexuels pendant les règles	»	Mort huit à neuf jours après.	Grossesse tubaire, hématocèle rétro-utérine.	»

1. *Bulletin de la Société anatomique,* Bricheteau, 1860, p. 357.	»	»	»	La veille de la mort, métrorrhagie très-abondante.	»	»	Mort par tuberculose pulmonaire.	située dans tissu cellulaire pré-rectal. Pas de communication avec cavité péritonéale. Trace d'affection péri-utérine ancienne : brides, etc.	»
2. Id. Caresme, 1864, p. 529.	37	Brodeuse.	16	Six accouchements antérieurs, le dernier il y a treize mois. Menstruation régulière, un peu de leucorrhée. Pertes non interrompues depuis six semaines avant le début des accidents.	Rupture d'un kyste hématique de l'ovaire.	Douleurs de reins, coliques utérines vives	Mort par péritonite, hémorrhagie après six semaines.	Épanchem. sang. péritonéal. Hématocèle rétro-utérine communiquant avec la cavité péritonéale. Tumeur sang. de l'ovaire droit communiquant avec l'hématocèle.	Trait. méd.
3. Id. Spiess, 1865, p. 143.	22	Couturière.	»	Fille vierge. Menst. très-régulière. Début d'une éruption variolique au moment des règles.	Reflux du sang de la cavité utérine dans les trompes et le péritoine.	»	Mort de variole hémorrhagique.	Épanchement de sang noir et fluide dans petit bassin. Caillot de l'utérus se prolongeant dans les trompes.	»
4. Id. Richelot, 1869, p. 206.	52	»	»	Quelques métrorrhagies il y un an.	»	Douleurs abdominales depuis un an.	Mort par péritonite hémorrhagique.	Trois corps fibreux dans l'utérus. Tum. sang. au-dessous du cul-de-sac, extrapéritonéale, mais communiquant avec cavité du cul-de-sac pleine de caillots.	»

SOURCE des OBSERVATIONS.	AGES.	PROFESSIONS.	ÉPOQUE de la MENSTRUATION.	ÉTAT de la menstruation avant, pendant, après la maladie.	CAUSE présumée de l'hématocèle.	PHÉNOMÈNES particuliers.	TERMINAISON de la MALADIE.	ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	TRAITEMENT.
5. Id. Seuvre, 1873, p. 88.	37	Chemisière.	14	Couche difficile à 24 ans; depuis, santé débile. Il y a deux mois, menstruation douloureuse; depuis écoulement moins abondant, mais continu.	»	Irradiations douloureuses dans le rein et le genou droit.	Rupture de la trompe.	La trompe droite remplie par un caillot et grosse comme un œuf, forme une tum. noire dans le ligament large. Hématocèle par épanchem. de sang dans le péritoine.	»
6. Spencer Wells, 1864, p. 354. *Gazette des hôpitaux.*	18	»	13	Tumeur kystique de l'ovaire au moment de la menstruation, réduction du pédicule, douleur subite trois jours après, calmée par une perte.	»	»	Guérison.	Tumeur fluctuante au toucher.	Ponction par le vagin, issue de 150 gr. de sérosité fétide. 2e ponction, drainage.
7. Id. Letenneur, p. 409.	30	»	»	Début des accidents après dix jours de retard dans l'apparition des règles.	»	Douleurs abdominales, syncopes.	Guérison longue à obtenir.	Après trois semaines, écoulement de sang noirâtre grumeleux. Après menstruation normale.	Trait. méd.
8. Id.	25	»	»	Écoulement continu de sang noirâtre dans l'intervalle des règles.	»	»	Guérison lente et incomplète.	Tumeur dans la fosse iliaque. La pression de cette tumeur augmente l'écoulement sanguin.	

9. Id. Gosselin, 1862, p. 182.	25	»	»	ment à l'époque des règles : métrorrhagie indolente ; symptômes imflammatoires, puis tumeur.	»	intenses, nausées, fièvre, douleurs du côté gauche.	Guérison en quelques jours.	Tumeur sur le côté gauche du ventre. Rien par le toucher.	Id.
10. Id. Ch. Masson, 1861, p. 607.	35	»	»	Retard menstruel de six jours.	»	Début subit à 3 h. mat. vomiss., ventre gonflé, doul.	Mort le deuxième jour dans une syncope. Péritonite suraigüe.	»	»
11. Id.	17	»	»	»	Vive frayeur évanouissem.	»	Mort le deuxième jour par péritonite.	Un litre de sang noir putréfié dans petit bassin.	»
12. Legrand, 1861. *Gazette des hôpitaux.*	»	»	»	»	»	»	Mort rapide.	Rupture de l'ovaire et sang dans le petit bassin.	»
13. Id. Martin-Magron, 1861, p. 54.	18	»	10	Mère à 14 ans.	Vie de désordre.	Douleurs hypogastriques au troisième jour.	Mort huit mois après le début. Ouverture par la vessie.	Poche pelvienne à trois ouvertures : abdominale, rectale et vésicale. La vessie a donné issue à une urine noire contenant des lambeaux de tissu et des gaz.	»
14. Id. Brouhardel, 1873, p. 1169.	Jeune.	»	»	Retard menstruel, puis règles brusquement arrêtées par début des accidents péritonéaux. Recrudescence avec le retour des règles.	»	Douleurs à caractère expulsif.	»	»	»

SOURCE des OBSERVATIONS.	AGES.	PROFESSIONS.	ÉPOQUE de la MENSTRUATION.	ÉTAT de la menstruation avant, pendant, après la maladie	CAUSE présumée de l'hématocèle.	PHÉNOMÈNES particuliers.	TERMINAISON de la MALADIE.	ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	TRAITEMENT.
15. Id. Laboulbène, 1875, p. 729.	22	»	»	Douleurs à la fin d'une période menstruelle, médication révulsive. Réapparition de l'écoulement, petites pertes chaque semaine.	»	»	»	Par le toucher petite tumeur peu résistante en arrière formant un relief demi-circulaire.	»
16. Id. Béhier, 1875, p. 970.	34	»	»	Quelques mois auparavant, métrorrhagie ayant duré trois semaines, avec douleurs.	»	»	Guérison.	Tumeur nulle semi-fluctuante comprimant le rectum.	Pendant deux mois application de glace sur l'hypogastre.
17. *Gazette hebdomadaire*. Dumontpallier, 1877.	»	»	»	»	Rupture d'une grossesse extra-utérine.	Au 20[me] jour, convulsions épileptiformes.	Mort par urémie, compression des uretères.	Caillot de 900 gr. occupant toute la cavité du petit bassin. Au centre, fœtus de trois mois. Pavillon dilaté contenant un placenta. Urétères très-comprimés et dilatés.	»
18. *Progrès médical*, 1874.	29	»	15	Syphilis à 21 ans, fausse couche à trois mois. Métrorrhagie, puis aménorrhée pendant cinq mois, ensuite trois métrorr-	Rupture de la trompe.	Douleurs persistantes depuis deux mois à ten-	Mort au 14e jour vomissements incoercibles.	A droite, au milieu de caillots d'âge différent, fœtus femelle long de 23 cent. Tumeur accolée à partie post. sup. de l'utérus. Caduque complète dans l'uté-	»

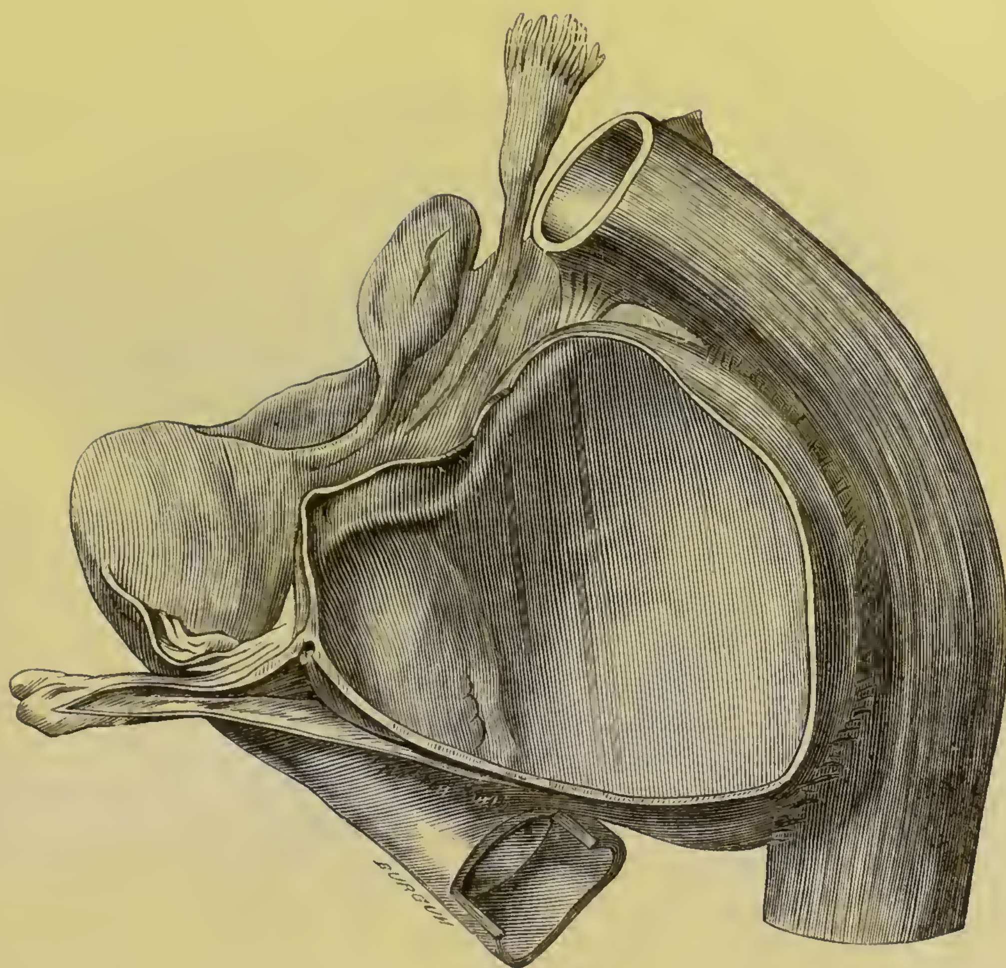
Paris, 1877.	[illegible]	que.	[illegible]				cerebrale.	membrane ; 2° dans le ligament large ; 3° dans l'ovaire.	
20. Id. p. 34.	38	Ménagère.	»	Pelvi-péritonites, huit ans et quatre ans auparavant. Depuis, menstruation douloureuse. Début quinze jours après les règles.	Ascensions répétées d'escaliers avec fardeaux.	Douleurs subites dans rein et flanc gauche, frissons.	Sort complétement guérie un mois et demi après.	Utérus fixe. Cul-de-sac post. dur résistant sans fluctuation.	»
21. Raguet, th. Paris, 1870, faits divers, Guéneau de Mussy.	Jeune fille.	»	»	Verse en diligence. Les règles s'arrêtent brusquement.	»	»	Mort dans la nuit.	Épanch. sanguin très-abondant dans le petit bassin.	»
22. Defos du Rau th. Strasbourg, 1868. p. 7.	25	Fille soumise.	14	Fausse couche ant. aménorrhée. Vomissements depuis deux mois. Perd en urinant des débris de fœtus?	Coup de pied suivi d'hémorrhagie par le vagin, huit jours après chute.	Douleurs, syncopes.	Même état trois mois après.	Tumeur dans le cul-de-sac recto-vaginal et tumeur sus-pubienne.	»
23. *Provensal.* Th. Paris, 1869.	33	»	16	A eu cinq enfants. Début par métrorrhagie très-violente.	»	»	Sort non guérie.	Tumeur grosse comme fœtus à terme comprimant le rectum.	»
24. Id.	26	Couturière.	14	Menstruation régulière, accouchement il y a dix-huit mois.	Excès de coït pend. les règles.	»	»	Tumeur occupant presque tout le petit bassin.	»
25. 1877. vol. 8, J. Besnier, p. 367. *Annales de gynécologie.*	36	Femme mariée.	15	Menstruation irrégulière. Pertes abondantes avant la maladie.	»	Douleurs abdom. violentes.	Guérison spontanée en un mois et demi.	»	Trait. médic.

SOURCE des OBSERVATIONS.	AGES.	PROFESSIONS.	ÉPOQUE de la MENSTRUATION.	ÉTAT de la menstruation avant, pendant, après la maladie.	CAUSE présumée de l'hématocèle.	PHÉNOMÈNES particuliers.	TERMINAISON de la MALADIE.	ANATOMIE PATH OLOGIQ	TRAITEMENT.
26. *Annales de gynécologie*, 1877, vol 8, J. Besnier, p. 371.	43	Femme mariée.	»	A eu quinze enfants.	»	Douleurs dans fosse iliaque gauche.	Guérison en un mois et demi.	»	Trait. méd.
27. Id. p. 374.	31	»	»	Menstruation abondante et prolongée depuis ses couches.	Id.	Douleurs très-vives dans le flanc droit.	Guérison en trois semaines.	»	Trait. chirurg.
28. Id. p. 375.	23	Blanchisseuse.	»	Menstruation abondante.	Restée endormie une h. sur le carreau.	Douleurs violentes dans l'abdomen à gauche.	Guérison spontanée en un mois.	»	Trait. médic.
29. Id. p. 377.	19	»	»	Bien réglée.	»	Id. fosse iliaque droite.	Mort par variole hémorrhagique.	»	Id.
30. *Americ. Journal, of. tr. med. sci.* 1873, p. 209. Snow Beck.	40	»	»	Menstruation profuse, accidents pendant la menstruation.	»	»	Guérison.	»	Id.
31. *New-York-med.* Henry O. M.	30	»	»	Accidents trois semaines après menst.	»	»	Guérison.	»	Id.
32. *Americ. Journal obstetric.* 1877.	32	»	»	»	»	»	Mort trente heures après début.	Rupture d'un kyste du ligam. large gauche adhérent à la trompe et à l'ovaire.	»
33. *Arch. f. gyné-*						Pas de si-	Mort par pneumo-	Hématocèle extra-péritonéale du ligam.	

								Pas trace d'œuf.	
36. Id., 1872, p. 209. S. Kjeiderup.	»	»	»	»	Avortement	»	»	Deux cas d'hématocèle.	»
37. *Vien. Kl. Woch. Ihresbericht*, 1871. Braun.	35	»	»	Règles abondantes. Ménorrhagies. Aménorrhée de six semaines.	»	»	Péritonite. Mort.	Hématocèle anté-utérine, comme tête d'enfant. En avant, ligam. large gauche. Trompe plongeant dans tumeur. Pavillon clôturé par caillot.	Ponction.
38. *Arch. gyn.*, 1873. V. p. 238. Schrader-Erlangen.	38	»	»	»	»	»	Mort.	Hémat. anté-utérine droite. Trompe rompue plongeant dans tumeur. Œuf et fœtus bien conservés dans le foyer.	»
39. *Med.*, Copenhague, 1873.	25	»	»	Menstruat. irrég. Paramétrite après accouchem., il y a trois ans.	»	»	Mort par tuberculose pulmon.	Hémat. anté-utérine. Adhérences à l'utérus et à la fosse iliaque. Ovaire volumineux gauche.	»
40. *Corresp. sur Sweiger lif.*, n° 9, 1875 Frechsel.	»	»	»	»	»	»	»	Hémat. rétro-utérine, puis anté-utér. consécut. à adh. postérieure (constaté par toucher).	»
41. Schrœder, Bonn, 1866.	»	»	»	»	»	»	»	Hématocèle anté-utérine. Utérus double.	»

SOURCE des OBSERVATIONS.	AGES.	PROFESSIONS.	ÉPOQUE de la MENSTRUATION.	ÉTAT de la menstruation avant, pendant, après la maladie.	CAUSE présumée de l'hématocèle.	PHÉNOMÈNES particuliers.	TERMINAISON de la MALADIE.	ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	TRAITEMENT.
42. *British. med. j.*, 1867, p. 509. Cowper.	»	»	»	»	»	»	Mort. Péritonite.	Trompes largement ouvertes dans le foyer. Communication par leur intermédiaire avec l'utérus.	»
43. Bresgen th., 1867.	»	»	»	Femme enceinte.	Mouvements immodérés.	»	Mort.	Hématocèle rompue dans le péritoine.	»
44. Id.	»	»	»	»	»	»	Mort.	Hématocèle de la trompe rompue dans le péritoine. Oblitération de la trompe au niveau du péritoine et du pavillon.	»
45. Berlin, Kl. Woch., 1868, nos 4 et 5. Schrœder.	»	»	»	»	»	»	Ouverture dans le rectum. Guérison.	»	»
46. *Edinburg med.*, 1869, p. 105. Aitken.	»	»	»	»	»	»	Mort.	Ovaire gros comme le poing au milieu de la tumeur. Pas de rupture vasculaire à la surface.	»

PARIS. — Impr. J. CLAYE. — A. QUANTIN et Cᵉ, rue St-Benoît. — [996]



HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE (Voir Observation I).



HÉMATOCÈLE ANTÉ-UTÉRINE.